

Univerzita Karlova v Praze
Pedagogická fakulta

Katedra speciální pedagogiky

Formy podpory dětí s kombinovaným postižením v rehabilitační třídě

**Forms of support for children with multiple
disabilities in a rehabilitation class**

Autor: Marie Satková, DiS.

Vedoucí práce: Mgr. Pavlína Šumníková, Ph.D.

Praha
Akademický rok 2009/2010

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci s názvem „Formy podpory u dětí s kombinovaným postižením v rehabilitační třídě“ vypracovala samostatně na základě vlastních zjištění a za použití pramenů uvedených v seznamu.

Souhlasím s tím, aby práce byla zpřístupněna veřejnosti ke studijním účelům.

Praha, 7. 4. 2010

Podpis:

Děkuji Mgr. Pavlíně Šumníkové, Ph.D. za odborné vedení práce, poskytnutí cenných rad a připomínek, trpělivost, ochotu a vstřícnost.

ANOTACE:

Bakalářská práce se zabývá výchovou a vzděláváním žáků s kombinovaným postižením v rehabilitační třídě. Cílem je podat ucelený přehled o systému péče a jednotlivých formách podpory v rámci edukačního procesu těchto žáků. Na analýze konkrétních terapií a podpůrných metod využívaných u žáků Rehabilitační třídy Alžírská je ukázána nutnost používat speciální přístupy ve vzdělávání dětí s těžkým postižením a pozitivní přínos aplikace těchto postupů do procesu edukace při zachování individuality každého jednotlivého žáka. Mezi metody sběru dat využitých pro zpracování práce patří: obsahová analýza odborné literatury, obsahová analýza dokumentace dětí a školní dokumentace, přímé zúčastněné pozorování a nestrukturovaný rozhovor.

KLÍČOVÁ SLOVA:

Kombinované postižení, rehabilitační třída, terapeutické přístupy, formy podpory, bazální stimulace.

ABSTRAKT:

The bachelor thesis deals with the education of pupils with multiple disabilities in a rehabilitation class. The aim is to provide a comprehensive overview of the system of care and various forms of support within the educational process of the pupils. The necessity of using special approaches to the education of children with severe disabilities and the positive contribution of application of these procedures in the process of education while maintaining the individuality of each pupil is shown on analysis of using concrete therapies and methods by pupils of Rehabilitation class Alžírská. For elaboration, the following methods of data collection were used: content analysis of literature, content analysis of school documents, direct participant observation and non-structured interview.

KEYWORDS:

Multiple disabilities, rehabilitation class, therapeutic approaches, forms of support, basal stimulation

OBSAH

Obsah	6
Úvod.....	8
1. Teoretická východiska	10
1.1 Pojem kombinované postižení	10
1.2. Klasifikace kombinovaného postižení	11
1.3 Etiologie kombinovaného postižení.....	11
1.4 Charakteristika vybraných diagnóz predikujících výskyt kombinovaných vad ..	12
1.4.1 Dětská mozková obrna (DMO)	12
1.4.2 Mentální retardace	14
1.4.3 Poruchy autistického spektra	15
2. Výchova a vzdělávání dětí s kombinovaným postižením.....	17
2.1 Legislativní rámec	17
2.2 Stručný přehled systému výchovy a vzdělávání dětí s kombinovaným postižením	17
2.3 Základní škola speciální	19
2.4 Rehabilitační třídy	20
2.4.1 Obsah vzdělávání v rehabilitační třídě	21
2.4.2 Hlavní zásady a principy výchovně vzdělávacího procesu v rehabilitační třídě	22
2.4.3 Specifika edukace žáků v rehabilitační třídě	23
3. Rehabilitační třída Alžírská	26
4. Formy podpory v rámci edukace dětí s kombinovaným postižením	30
4.1 Přehled a analýza podpůrných metod a přístupů.....	31
4.1.1 Terapie a terapeutické metody.....	31
4.1.2 Další podpůrné metody.....	39
4.2 Diskuze.....	49

Závěr	53
Literatura.....	54
Seznam příloh	58

ÚVOD

„Má-li se mi podařit dovést někoho k určitému cíli, musím se sám nejdříve dostat tam, kde je on a začít právě odtud. Kdo toto nedokáže, hrubě se plete, když si myslí, že může pomoci druhým. Abych mohl někomu pomoci, musím dozajista znát a umět víc než on, ale nejdřív musím pochopit, co chápe on. Pokud toto nedokážu, je zcela lhostejné, že znám a vím víc. Neuvědomím-li si toto, nedokážu nikomu opravdu pomoci.“

S. Kierkegaard

Při kontaktu s dětmi s těžkým mentálním a kombinovaným postižením nabývají tato slova dánského myslitele na významu. Závažnost postižení zabraňuje dětem komunikovat a chovat se na úrovni, která je pro běžného člověka čitelná a dobře poznatelná. Přijmout dítě s postižením takové, jaké je, v jeho jedinečném a neopakovatelném bytí, s jeho vývojovými zvláštnostmi a specifickými možnostmi rozvoje jeho schopností, je nelehký úkol, se kterým se musí potýkat v první řadě rodiče dětí a blízcí příbuzní, dále však také širší okolí, které přichází s dítětem do styku – pedagogové, zdravotníci a další odborníci.

V oblasti výchovy a vzdělávání je tedy značně důležitou a zároveň náročnou úlohou profesionálů poskytujících speciálně pedagogickou péči najít vhodné prostředky ke komunikaci, k aktivaci a využití potenciálu těchto dětí, k rozvoji jejich schopností. Požadavky individuálního přístupu, komplexnosti péče a respektování specifických potřeb a možností dětí s nejtěžšími formami postižení v rámci výchovně vzdělávacího procesu splňuje podle prozatímních zkušeností z praxe zařazení těchto dětí do rehabilitačních tříd základní školy speciální s rehabilitačním vzdělávacím programem pomocné školy.

Při vzniku rehabilitačních tříd hrálo důležitou roli právě přesvědčení, že i děti s nejtěžšími formami postižení, které potřebují maximální dopomoc a jejich úroveň aktivity je minimální, jsou schopny při poskytnutí potřebné podpory a speciálního vedení získávat nové zkušenosti, zážitky a tím pádem se i učit. Bylo tak překonáno obecné smýšlení, že jedinci s těžkým postižením jsou nevzdělavatelní a vyžadují jen zdravotní péči.

Zabezpečení procesu edukace v rehabilitační třídě by se neobešlo bez úpravy prostředí, uplatňování speciálních přístupů a využívání specifických a alternativních

forem výuky. V poslední době je v rámci speciální pedagogiky této oblasti věnována mnohem větší pozornost, jednotlivé postupy, metody a techniky nabývají na modernizaci, čerpají se stále nové zkušenosti ze zahraničí, díky kreativitě a tvořivosti pedagogů vznikají stále nové inspirující nápady a možnosti k rozvoji dětí. Svědčí o tom velká nabídka různých vzdělávacích kurzů a seminářů zaměřených na vzdělávání dětí s kombinovaným postižením.

Cílem bakalářské práce je představit systém a specifika edukace dětí s kombinovaným postižením v rehabilitačních třídách a přiblížit různé speciální metody, formy a přístupy, které se při péči o tyto děti užívají. K doplnění teoretického popisu je představen edukační systém a režim v Rehabilitační třídě Alžírská na Praze 6 a analýza využívání konkrétních podpůrných metod u žáků této rehabilitační třídy. Cílem je zhodnotit přínos speciálních forem podpory pro vývoj dětí s těžkým kombinovaným postižením a důležitost individuálního přístupu při aplikaci jednotlivých metod.

Bakalářská práce je rozdělena do čtyř kapitol. První kapitola se zaměřuje na charakteristiku kombinovaného postižení, jeho klasifikaci a etiologii. Následuje stručný popis tří diagnóz, které se v mnoha případech vyskytují v kombinaci s jinými poruchami (dětská mozková obrna, mentální retardace a poruchy autistického spektra). Ve druhé kapitole je nastíněn systém výchovy a vzdělávání dětí s kombinovaným postižením, pozornost je věnována především edukačnímu procesu v rehabilitační třídě se zaměřením na konkretizaci jeho hlavních zásad a specifik. Ve třetí kapitole je charakterizována Rehabilitační třída Alžírská na Praze 6, její režim a způsob fungování. Teoretický přehled jednotlivých forem podpory spolu s analýzou konkrétních metod a přístupů u žáků Rehabilitační třídy Alžírská jsou součástí čtvrté kapitoly.

Ke zpracování bakalářské práce byly použity tyto metody: obsahová analýza odborné literatury, obsahová analýza dokumentace dětí a školské dokumentace, nestrukturovaný rozhovor a přímé zúčastněné pozorování.

1. TEORETICKÁ VÝCHODISKA

1.1 Pojem kombinované postižení

V definování pojmu kombinovaného postižení vládne značná terminologická nejednotnost. V české odborné literatuře se používají ještě další termíny, kterými je v podstatě míněn stejný okruh osob: **těžké a hluboké postižení** (Švarcová, 2006), **těžké postižení více vadami**, **multihandicap** (Teplá, 2001), **vícenásobné postižení**, **kombinované vady** (Ludíková, 2005). Slovenská literatura uvádí pojmy: viaceré, resp. kombinované chyby, viacnásobné postihnutie (Matějíčková, 2008). V němčině se nejčastěji užívá termín schwerstmehrfachbehinderung - těžké vícenásobné postižení, angličtina pracuje s názvy multiple handicap - vícenásobné postižení nebo severe/multiple disabilities - těžké/vícenásobné postižení (Ludíková, 2005).

Kombinované, sdružené vady představují postižení dvěma nebo více vadami (Pipeková, 1998; Defektologický slovník, 2000). Ludíková (2005) v této souvislosti upozorňuje, že jednotlivé vady nelze sčítat a sumarizovat, ale že jejich kombinací vzniká zcela nová kvalita, která vyžaduje odlišné pojetí. Tuto skutečnost je potřeba akceptovat v plném rozsahu ve všech aktivitách realizovaných v rámci speciálně pedagogické intervence. Také Sovák uvádí, že více postižení u jednoho jedince vede k vzájemnému ovlivňování a během vývoje jedince se kvalitativně mění (in Ludíková, 2005).

Vítková upozorňuje, že se u jedinců s kombinovanými vadami jedná o „*postižení celistvosti člověka v jeho životních výkonech, které je tak těžké, že ve většině oblastech se stěží dosahuje hranice toho, co lze v našem mezilidském styku v širokém slova smyslu považovat ještě za normu*“ (2006, str. 193).

Charakteristika postižení více vadami je uvedena také ve Věstníku MŠMT (č. 8/1997, čj. 25602/97-22): „*Za postiženého žáka více vadami se považuje dítě, resp. žák postižený současně dvěma nebo více na sobě kauzálně nezávislými druhy postižení, z nichž každé by jej vzhledem k hloubce a důsledkům opravňovalo k zařazení do speciální školy příslušného typu.*“

1.2. Klasifikace kombinovaného postižení

Všichni autoři se shodují a zdůrazňují, že při klasifikaci kombinovaného postižení nesmí jít o prosté zařazení jedince do určité kategorie podle stanovené diagnózy či jiných kritérií, ale u každého jednotlivce musí být uplatňován ryze **individuální přístup** s přihlédnutím na specifické potřeby ve všech oblastech jeho života.

Podle směrnic MŠMT ČR jsou kombinované vady rozděleny do **tří hlavních skupin** (Hanák, 2005):

1. Skupina kombinovaných vad, kdy dominantní je mentální retardace (jako další nejčastější vady jsou zde uvedeny smyslové vady, řečové vady, psychická onemocnění, autismus, tělesné postižení na bázi dětské mozkové obrny).
2. Druhá skupina je kombinací vad tělesných, smyslových a vad řeči (specifickou skupinou jsou děti hluchoslepé).
3. Skupina jedinců s autismem nebo autistickými rysy, u nichž jsou diagnostikovány další postižení (mentální postižení, smyslové, řečové či tělesné vady).

Vašek namísto skupiny jedinců s autismem zmiňuje osoby s poruchami chování v kombinaci s dalšími postiženími či narušeními (in Matějčková, 2008).

Vančová (in Ludíková, 2005) vyčleňuje v rámci výchovné rehabilitace (možnosti speciálních a výchovných opatření) **dvě kategorie vícečetně postižených**:

1. lehká vícečetná postižení – jedinci jsou při určité míře podpory schopni samostatně zvládat běžný život a integrovat se do společnosti
2. těžká vícečetná postižení – jedinci jsou schopni zvládat i přes poskytnutí speciální výchovy a vzdělávání pouze základní nebo elementární praktické životní situace, nutnost speciální podpory a péče po celý život

1.3 Etiologie kombinovaného postižení

Etiologie kombinovaného postižení je velmi různorodá, často dochází ke kombinaci příčin, v některých případech nelze etiologii jednoznačně určit. Příčiny vzniku kombinovaných vad můžeme hledat ve všech obdobích života, přičemž obvykle nejtěžší případy mají příčiny v prenatálním stádiu vývoje (Ludíková, 2005).

Opatřilová (2005) udává tyto **nejzákladnější etiologické faktory**: infekce, intoxikace, indikace psychického charakteru, traumata nebo fyzikální faktory, vývojové poruchy, metabolické poruchy a nutriční činitelé, onemocnění CNS a smyslových orgánů, onemocnění mozku velkého rozsahu, poruchy v těhotenství, děti s nízkou porodní hmotností, vlivy prostředí, chromozomální abnormality, genetické vlivy, mechanická poškození, neznámé prenatální, perinatální či postnatální příčiny či kombinace příčin.

Opatřilová dále uvádí, že nejčastěji se těžké postižení pojí s mentální retardací, která bývá primárním symptomem postižení. Ludíková (2005) zmiňuje diagnózy, které predikují výskyt kombinovaných vad – patří mezi ně DMO – dětská mozková obrna, epilepsie, a různé druhy syndromů – Fetální alkoholový syndrom, Downův syndrom, Patauův syndrom a další.

1.4 Charakteristika vybraných diagnóz predikujících výskyt kombinovaných vad

Mezi diagnózy pojící se s velkou pravděpodobností s jiným druhem postižení je možné zařadit dětskou mozkovou obrnu, mentální retardaci a poruchy autistického spektra.

1.4.1 Dětská mozková obrna (DMO)

„Dětská mozková obrna (dále jen DMO) je raně vzniklé poškození mozku (prenatálně, perinatálně nebo postnatálně) projevující se převážně v poruchách hybnosti a vývoje hybnosti“ (Sekáčová, 2008, str. 13). DMO je trvalé, nikoli neměnné postižení hybnosti a postury - prostorové kontroly celého těla (Kraus, 2005). U této diagnózy jde též o senzomozorickou poruchu, která se projevuje v oblasti taktilní, vestibulární, proprioreceptivní, zrakové, sluchové aj. Jak uvádí Sekáčová, dítě s DMO získává pouze patologickou senzomotorickou zkušenost, a tím si posiluje své abnormální pohybové vzory.

Specifické symptomy DMO (Sekáčová, 2008):

- ✓ **Hypertonie** – vyšší svalové napětí, komplexní porucha svalového tonu, svalová tuhost, rezistence (odpor) vůči protažení.
- ✓ **Hypotonie** – nižší svalové napětí, příznakem centrální poruchy hybnosti, dítě dělá uvolněný nebo ochablý dojem.

- ✓ **Spasticita** – komplexní porucha svalového tonu, která je způsobena zvýšením tonických napínavých reflexů, jeden z nejzávažnějších a nejrozšířenějších symptomů poškození centrálního nervového systému. Bývá doprovázená bolestivými vjemy, může vést ke vzniku kontraktur. Projevuje se nápadným záklonem hlavy, flekčním držením horních končetin a extenčním držením dolních končetin.
- ✓ **Diskinezy** (nerovnoměrné svalové napětí) – abnormální, vůlí neovlivnitelné mimovolní pohyby, které ruší normální hybnost.

Formy DMO (Jankovský, 2001):

1. Spastické formy: nejčastější výskyt, mohou být různého stupně (lehká, střední, těžká)
 - ✓ **forma diparetická** – symetrické postižení obou končetin, zejména dolních (typická nůžkovitá chůze)
 - ✓ **forma hemiparetická** – postižení jedné poloviny těla, patrná převaha postižení na horní končetině (typické flekční držení ruky – připomíná složené ptačí křídlo)
 - ✓ **forma kvadraparetická** – typické poškození všech čtyř končetin, přičemž dominuje buď větší poškození dolních končetin, anebo převažuje poškození jedné strany nad druhou
2. Nespastické formy:
 - ✓ **forma hypotonická** – dominantní oslabení svalového tonu trupu i končetin (centrálního původu)
 - ✓ **forma extrapyramidová (dyskinetická)** – projevuje se atetoidními (kroutivými) dyskinézemi, grimasováním a hyperkinézami hlavy, trupu i končetin, typické je prohnutí hlavy dozadu (opistotonické držení hlavy)

Přidružené symptomy a problémy komplikující DMO:

1. **Mentální retardace:** výskyt až u 2/3 dětí s DMO (Sekáčová, 2008)
2. **Poruchy vědomí:** nejčastěji jde o **epilepsii**. Pro epilepsii jako nemoc jsou charakteristické spontánně se opakující (tedy nevyprovokované) epileptické záchvaty, vyvolané funkční poruchou mozku, jejíž příčinou jsou abnormní a excesivní (nadměrné) výboje korových neuronů. (Hadač in Vítková, 2006).

V průběhu záchvatů se zpravidla kombinuje několik klinických příznaků – jde o poruchy vědomí, příznaky motorické (křeče, ztráta svalového napětí, automatismy), somatosenzorické (zvonění v uších, světelné záblesky, parestézie – pocit brnění, svědění), vegetativní (změněná reakce zornic, změna barvy kůže, zvracení, pocení, bolesti hlavy, závratě) a psychické (různé subjektivní prožitky spojené se změněným stavem vědomí). (Jankovský, 2001). Záchvat může být generalizovaný (epileptická aktivita zasahuje obě hemisféry současně) nebo parciální (ložiskové, zasahují ohraničenou část mozku). Sekáčová uvádí, že výskyt epilepsie je prokázán až u 2/3 dětí s DMO (2008).

3. Smyslové poruchy:

- ✓ Poruchy zraku – strabismus (šilhání), amblyopie (tupoizrakost), refrakční vady, hemianopie (výpadek poloviny zorného pole), nystagmus (rychlé mimovolní pohyby očí), retinopatie nedonošených (výskyt především u předčasně narozených dětí, dochází k poškození sítnice a k následné ztrátě zraku), kortikální poškození zraku – porucha funkce mozku a zrakových drah, častým projevem je proměnlivé užívání zraku (Květoňová, 2007).
- ✓ Poruchy sluchu – vyskytují se nejčastěji u dyskinetické formy, jsou většinou centrálního původu.

4. **Komunikační problémy:** podle Sekáčové dochází zhruba u 1/3 dětí s DMO k narušení jejich komunikačních schopností (2008). Nejtypičtější poruchou je dysartrie (porucha motorické realizace řeči), někdy i anartrie neschopnost verbální komunikace), dále koktavost, breptavost, otevřená huhňavost, poruchy žvýkání, polykání a nadměrné slinění (Klenková, 2006)

5. Jankovský (2001) uvádí také **ortopedické komplikace** (zkrácení Achillových a kolenních šlach, deformace kyčelních kloubů apod.), **poruchy somatického růstu** či v neposlední řadě nejrozumnější **emoční poruchy**, které je někdy potřeba eliminovat psychologickou péčí.

1.4.2 Mentální retardace

Mentální retardace je stavem trvalého snížení rozumových schopností vzniklých v důsledku organického poškození mozku. (Vágnerová, 1999). Americká asociace pro mentální retardaci uvádí tuto definici: „*Mentální retardace je snížená schopnost*

charakterizovaná výraznými omezeními v intelektových funkcích a také v adaptačním chování, což se projevuje ve schopnosti myslet v abstraktních pojmech, a v sociálních a praktických adaptačních dovednostech.“ (Černá, 2008, str. 80)

Mezi nejčastější přidružené poruchy a problémy mentální retardace patří různé vady řeči (dyslalie, huhňavost, breptavost, echolálie, agramatismy, omezený vývoj řeči, až nevytvoření řeči vůbec). Častý je výskyt epilepsie, autismu, tělesných deformit, poruch hybného aparátu, smyslových vad a neurologických poruch (srov. Klenková, 2006; Kozáková in Ludíková, 2005; Bazalová in Pipeková, 2006).

Obecně lze říci, že čím závažnější je stupeň mentální retardace, tím závažnější bude i stupeň dalších postižení, které se s ním kombinují, a tím vyšší bude i jejich početnost (Opatřilová, 2005).

1.4.3 Poruchy autistického spektra

Poruchy autistického spektra jsou **pervazivními vývojovými poruchami** – zcela pronikají osobností dítěte a výrazně mění jeho chování, možnosti socializace, vzdělávání, zasahují do všech oblastí jeho života (Valenta, Müller, 2007). Jak uvádí Thorová (2007), každé dítě s poruchou autistického spektra je jiné, u žádného se nevyskytují všechny symptomy. Diagnostický proces není proto vždy zcela jednoduchý, opírá se o základní **triádu problémových oblastí vývoje** - nutná kombinace projevů:

1. **Sociální interakce** – malý (nebo nepřiměřený) zájem o kontakt s okolím, pasivní přístup k lidem, špatná interpretace jednotlivých sociálních situací, selhávání při vytváření vztahů s vrstevníky, preferování samotářských aktivit, hra o samotě a podobně.
2. **Komunikace** – dítě nemluví nebo velmi málo, špatně rozumí mluvené řeči, malý zájem o komunikaci. Pokud je řeč zachována, mluví jen o svých tématech bez ohledu na komunikačního partnera, zvláštní řeč – mechanicky opakuje slyšené (echolálie), málo navazuje oční kontakt, neukazuje.
3. **Značně omezený a opakující se repertoár činností a zájmů** – stereotypní manipulace s předměty (roztáčení, házení, bouchání), zájem, obliba symetrie – stavění do řad, obliba přesnosti. Vyhledávání různých zrakových, čichových, zvukových, taktilních vjemů (pozorování předmětů proti světlu, ochutnávání, hlazení povrchů). Chybí fantazie, hra „na něco“, časté jsou úzce

vymezené neobvyklé zájmy - dopravní prostředky, kanály, potrubí, telefonní seznamy a podobně (Thorová, 2007; Pipeková, 2006; leták APLA).

Nejčastější typy poruch autistického spektra (Thorová, 2007):

✓ **Dětský autismus**

Dětský autismus je charakterizován především triádou znaků, stupeň závažnosti bývá různý, od mírné formy (málo symptomů) až po těžkou (velké množství symptomů). Ve 3/4 případů je porucha kombinovaná s mentální retardací (Valenta, 2007).

✓ **Atypický autismus**

Atypický autismus (dříve autistické rysy) je diagnostikován v případě, že první symptomy autismu jsou zaznamenány až po třetím roce života, nebo schází jeden znak triády či se autistické chování přidružuje k těžké a hluboké mentální retardaci.

✓ **Aspergerův syndrom**

Aspergerův syndrom se vyskytuje převážně u chlapců. Klíčové pro diagnózu jsou potíže v komunikaci a sociálním chování, které jsou v rozporu s celkově dobrým intelektem a řečovými schopnostmi dítěte.

✓ **Rettův syndrom**

Tato porucha se týká pouze děvčat a její příčina je genetická. Po krátkém období normálního vývoje dochází ke ztrátě komunikačních i pohybových schopností (volní pohyby ruky, stereotypní pohyby horních končetin), různá míra autistického chování (projevy spíše atypické), obtíže s koordinací pohybů hrudníku a chůze, těžké poruchy řeči, mentální retardace.

Poruchy autistického spektra se ze 70 % pojí s různým stupněm mentální retardace, velmi častý je výskyt epilepsie a epileptoformní aktivity (35 %). U různých genetických syndromů (Downův syndrom, syndrom fragilního X chromozomu, tuberózní skleróza) je spoluvýskyt okolo 5 – 10 %. Zhruba jedna třetina dětí vykazuje symptomy poruchy aktivity a pozornosti, přítomny mohou být také specifické vývojové poruchy učení (dyslexie, dysgrafie, dyskalkulie) a motorických funkcí (dyspraxie). Autismus či Aspergerův syndrom se mohou pojít i s jinou psychiatrickou poruchou, která se rozvine v pozdějším věku - schizofrenie, bipolární porucha, obsedantně kompulzivní porucha a jiné (Thorová, 2007).

2. VÝCHOVA A VZDĚLÁVÁNÍ DĚTÍ S KOMBINOVANÝM POSTIŽENÍM

2.1 *Legislativní rámec*

V současné době již není pochyb o nezadatelném právu každého dítěte na možnost rozvíjet se a vzdělávat podle svých konkrétních (ač jakkoli specifických) potřeb. Legislativně je toto právo garantováno v **Listině základních práv a svobod** (Ústavní zákon č. 2/1993 Sb.), která je svým článkem 33 součástí Ústavy České republiky. Právo na vzdělání každého dítěte je též součástí **Úmluvy o právech dítěte** (článek 28, 1997). Nový **Školský zákon č.561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání** ukládá povinnou školní docházku všem dětem (§ 36).

Vyhláška č. 73/2005 Sb. o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných a již zmíněný **Školský zákon č.561/2004** ošetřují speciální vzdělávání žáků s jakýmkoli zdravotním znevýhodněním (žáků se specifickými vzdělávacími potřebami) a jejich zařazení do školského systému. Popisují formy speciálního vzdělávání, ukládají nutnost speciálních podpůrných opatření při výchovně vzdělávacím procesu těchto dětí, vytvoření speciálních podmínek ve vzdělávání, dále se dotýkají způsobu hodnocení, poradenské pomoci školy a školských poradenských zařízení (pedagogicko-psychologických poraden a speciálně pedagogických center). Systém a způsob poradenských služeb upravuje též **Vyhláška č.72/2005Sb. o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních**.

2.2 *Stručný přehled systému výchovy a vzdělávání dětí s kombinovaným postižením*

- ✓ Raná (včasná) intervence, podpora, raná péče (0-3 roky, maximálně do sedmi let)

Ranou podporou se rozumí „*soustava služeb a programů poskytovaných dětem a jejich rodinám s cílem předcházet postižení, eliminovat nebo zmírnit jeho důsledky a poskytnout rodině, dítěti i společnosti předpoklady sociální integrace*“ (Bartoňová, Bazalová, Pipeková, 2008, str. 55). V České republice zajišťují tyto služby střediska rané péče a také speciálně pedagogická centra.

✓ Předškolní vzdělávání

Předškolní vzdělávání dětí s kombinovanými vadami může být realizováno ve speciální mateřské škole, v běžné mateřské škole či ve třídě při běžné mateřské škole s programem upraveným podle speciálních vzdělávacích potřeb. Náplň výchovného působení by mělo primárně vycházet z Rámcově vzdělávacího programu pro předškolní vzdělávání (č.j. 32 405/2004-22- zasazeného do školního vzdělávacího programu. (Valenta, Müller, 2007)

✓ Základní vzdělávání

Podle Školského zákona č. 561/2004 Sb. a Vyhlášky č. 73/2005 Sb. se žáci se zdravotním (kombinovaným) postižením mohou vzdělávat formou **individuální integrace** (v běžné základní škole nebo ve speciální škole určené pro žáky s jiným druhem zdravotního postižení), **skupinové integrace** (ve třídě, oddělení nebo studijní skupině v rámci běžné školy nebo speciální školy pro žáky s jiným druhem zdravotního postižení), dále ve **speciálních školách různých typů** podle druhu postižení či v rámci jiného způsobu plnění povinné školní docházky (individuální vzdělávání, vzdělávání žáků s hlubokým mentálním postižením). Může nastat také kombinace uvedených forem.

Žáci s více vadami, kteří nejsou mentálně postižení, se vzdělávají v základních školách a ve **speciálních školách**, které svým zaměřením odpovídají potřebám vyplývajícím z jejich nejzávažnějšího postižení. Žáci s mentálním postižením a přidruženými dalšími vadami se vzdělávají v **základní škole praktické** (lehčí stupeň mentálního postižení) nebo v **základní škole speciální** (středně těžké až těžké mentální postižení). Před nástupem na základní školu speciální může žák navštěvovat **přípravný stupeň**. Pro žáky se závažným mentálním (těžkým až hlubokým) a kombinovaným postižením byly v rámci základní školy speciální vytvořeny **rehabilitační třídy** (Školský zákon č. 561/2004 Sb.; Vyhláška č. 73/2005 Sb.; Švarcová, 2006).

Po ukončení povinné školní docházky se mohou žáci s kombinovaným postižením vzdělávat na **odborných učilištích** nebo v **praktické škole** (jednoleté a dvouleté). Dále se mohou ucházet o vzdělávání na střední škole, jejich přijetí je podmíněno úspěšným složením přijímacích zkoušek a prokázáním odpovídajících vědomostí a zdravotní způsobilosti pro zvolený obor (Ludíková, 2005).

2.3 Základní škola speciální

V základní škole speciální se podle Školského zákona č. 561/2004 Sb. vzdělávají žáci se středně těžkým a těžkým mentálním postižením, se souběžným postižením více vadami a s autismem, a to se souhlasem zákonného zástupce a na základě písemného doporučení školského poradenského zařízení (§48).

Vzdělávání v základní škole speciální je v současné době realizováno dle **Vzdělávacího programu pomocné školy a přípravného stupně pomocné školy** (č.j. 24 035/97-2) počínaje zářím 2010 bude vedeno dle **Rámcového vzdělávacího programu pro základní školu speciální** – v konkrétních podobách na jednotlivých školách pak v rámci školních vzdělávacích programů. (Bartoňová, Bazalová, Pipeková, 2007).

Základní škola speciální je desetiletá a člení se na první stupeň (1. až 6. ročník) a druhý stupeň (7. až 10. ročník). Žáci si zde plní celou povinnou školní docházku. Oborem vzdělání základní školy speciální se dosahuje stupně **základy vzdělání** (Bartoňová, Bazalová, Pipeková, 2007).

Mezi hlavní cíle výchovně-vzdělávacího procesu v základní škole speciální patří *„dosahování elementárního vzdělání v triviu a v poznatcích o přírodě a společnosti, dále osvojení si základních pracovních a motorických dovedností, návyků, hygieny a sebeobsluhy a v neposlední řadě také budování schopností vytvářet osobní vztahy, dovedností komunikovat a formování společensky akceptovatelných povahových vlastností“* (Valenta, Müller, 2007, str. 223).

Specifičnost výchovy a vzdělávání žáků v základní škole speciální vyžaduje odbornou speciálně pedagogickou péči, nejvyšší míru podpůrných opatření a vhodně upravené podmínky – nízký počet žáků ve třídách, školní třídy upravené potřebám žáků, speciální učebnice a pracovní sešity, vhodné kompenzační, rehabilitační a učební pomůcky, přizpůsobený časový rozvrh, vytvoření klidného a bezpečného školního prostředí. Důraz je kladen na individualitu každého žáka, variabilitu jeho schopností a dovedností. (Vyhláška č. 73/2005 Sb.; Švarcová, 2006).

Pro žáky, kteří by vzhledem k těžšímu stupni mentálního postižení či z jiných důvodů nebyli schopni školního vzdělávání, ale u nichž jsou určité předpoklady

k rozvoji rozumových schopností, které jim umožní absolvovat základní školu speciální nebo alespoň její část, umožňuje Školský zákon č. 561/2004 Sb. zřízení **přípravného stupně základní školy speciální** (§48a). Do přípravného stupně lze zařadit dítě od pěti let věku nebo dítě, kterému byl z důvodu zdravotního postižení povolen odklad povinné školní docházky. Vzdělávání v přípravném stupni základní školy speciální trvá nejvýše 3 školní roky (Švarcová, 2006).

Žáci, kteří ani po absolvování přípravného stupně nejsou schopni zvládnout požadavky vzdělávacího programu základní školy speciální, mají možnost vzdělávat se v **rehabilitačních třídách základní školy speciální s Rehabilitačním vzdělávacím programem pomocné školy**. Do rehabilitačních tříd jsou zařazovány též děti, které by pro své závažné mentální a kombinované postižení s velkou pravděpodobností nebyly schopny zvládat vzdělávací program pomocné školy ani přípravný stupeň pomocné školy.

2.4 Rehabilitační třídy

Švarcová (in Vítková, 2006) konkretizuje okruh žáků, pro které je rehabilitační vzdělávací program adekvátní a přínosný, jako žáky s těžkým a hlubokým mentálním postižením, s těžkým zdravotním postižením nebo souběžným postižením více vadami, u kterých je však vždy zastoupeno mentální postižení. „*Pro jmenovaný okruh žáků je charakteristická nízká úroveň rozvoje jejich psychických funkcí, zejména pozornosti, paměti a volných vlastností potřebných k systematickému osvojování učiva.*“ (str. 335) Žáci jsou dále často omezeni v pohybových dovednostech, obvyklé jsou poruchy komunikačních schopností, přidružené smyslové vady různé závažnosti a další zdravotní omezení.

Organizace vzdělávání:

Docházka do rehabilitační třídy je **desetiletá**, rozdělená do dvou pětiletých stupňů. Jak podotýká Švarcová (2006), vnitřní členění rehabilitační třídy nevychází z věkových charakteristik žáků, ale z úrovně jejich individuálních schopností a potřeb. Podle Vyhlášky 73/2005 Sb. mohou ve třídách zabezpečovat výchovně-vzdělávací činnost souběžně **tři pedagogičtí pracovníci**, z nichž jeden je asistent pedagoga. Počet žáků je stanoven na **čtyři až šest ve třídě**. Žáci si v rehabilitační třídě plní celou povinnou školní docházku. Mezi rehabilitační třídou a dalšími třídami základní školy speciální

funguje plná prostupnost - v případě, že se u žáka zjistí akcelerace jeho rozumových schopností, a to v kterékoli etapě jeho povinné školní docházky, je možné a vhodné převést ho do jiné třídy základní školy speciální (Švarcová, 2006). Hodnocení výsledků žáků je formou **slovní zprávy**.

Základní cíle výchovně-vzdělávacího procesu v rehabilitační třídě:

- ✓ Rozvoj **komunikačních dovedností** – podle specifických možností a potřeb žáků, umožnění navazování vztahů s okolím, ovlivňování okolního dění.
- ✓ Snaha o **pohybový rozvoj** – dosažení co nejvyšší míry pohyblivosti, umožnění autonomie v prostředí.
- ✓ Rozvíjení žakovy **pozornosti, vnímavosti a poznání** (v přímé souvislosti s rozvojem pohybových funkcí).
- ✓ Osvojení si základních **hygienických návyků** a činností týkajících se **sebeobsluhy** – odkázání na pomoc druhé osoby jen do té míry, kolik je to nutné.
- ✓ **Kultivace osobnosti** žáků, rozvoj estetického cítění a zájmů, výtvarných a hudebních schopností, nejjednodušších pracovních dovedností, rozvíjení schopnosti spolupráce s blízkými osobami.
- ✓ Působení na **chování žáků** – aby soužití s nimi nekladlo mimořádné nároky na jejich okolí.

(srov. Valenta, Müller, 2007; Vítková, 2006; Švarcová, 2006; RVP ZŽS)

Obecnou snahou v rámci výchovy a vzdělávání těchto dětí je dosažení optimálního rozvoje osobnosti žáků a kvality jejich života s přihlédnutím k možnostem daným postižením. U dětí v rehabilitační třídě se ve většině případů nepočítá s osvojením trivია (Bartoňová, Bazalová, Pipeková, 2007).

2.4.1 Obsah vzdělávání v rehabilitační třídě

V současné době je obsah a náplň vzdělávacího procesu v rehabilitační třídě určován **Rehabilitačním vzdělávacím programem pomocné školy (č.j. 15 988/2003-24)**. Jak již bylo zmíněno, počínaje školním rokem 2010/2011 bude vzdělávání na základní škole speciální realizováno dle **Rámcového vzdělávacího programu pro základní školu speciální (RVP ZŽS)** - jednotlivé školy si jej pak podle svých potřeb upraví a konkretizují do vlastních **školních vzdělávacích programů**. Rehabilitačních

tříd se týká především druhá část RVP ZŠS – **Vzdělávání žáků s těžkým mentálním postižením a souběžným postižením více vadami.**

RVP ZŠS rozděluje obsah vzdělávání do pěti vzdělávacích oblastí, které jsou tvořeny různými vzdělávacími obory – výchovami (při výuce dochází k jejich prolínání):

1. **Člověk a komunikace** - Rozumová výchova (rozvíjení poznávacích schopností, logického myšlení a paměti, rozvíjení grafických schopností) a Řečová výchova
2. **Člověk a jeho svět** - Smyslová výchova (rozvíjení zrakového, sluchového, hmatového vnímání, prostorová a směrová orientace, rozvíjení čichového a chuťového vnímání)
3. **Umění a kultura** - Hudební výchova, Výtvarná výchova
4. **Člověk a zdraví** - Pohybová výchova, Zdravotní tělesná výchova, Rehabilitační tělesná výchova
5. **Člověk a svět práce** - Pracovní výchova (sebeobsluha, práce s drobným materiálem, práce montážní a demontážní, pěstitelské práce, práce v domácnosti)

Podrobný popis náplně jednotlivých výchov je možné zjistit z konkrétní ukázky školního vzdělávacího programu v příloze č. 1.

2.4.2 Hlavní zásady a principy výchovně vzdělávacího procesu v rehabilitační třídě

Vzdělávání žáků se závažným mentálním postižením a kombinovanými vadami klade vysoké nároky na péči, vyžaduje potřebnost neustálého dohledu, uplatňování speciálně pedagogických postupů a alternativních metod výuky.

Podle Vítkové (2004) musí všechna podpůrná opatření směřovat k rozvíjení **celé osobnosti žáka**, nemají sloužit pouze k tréninku jednotlivých funkcí. Vančová (in Opatřilová, 2005) uvádí, že kombinované postižení je postižení komplexní, jednotlivé projevy nelze posuzovat izolovaně, takže těžiště práce spočívá v **komplexním speciálně pedagogickém působení** na tělesný a duševní vývoj žáků. Z toho vyplývá nutnost spolupráce s dalšími odborníky z různých vědních oborů (pediatr, neurolog, ortoped, stomatolog, logoped, psycholog a další), poradenskými pracovníky (zejména ze speciálně pedagogických center) a v neposlední řadě také s rodiči žáků. Jankovský

v této souvislosti mluví o vytvoření funkčního multidisciplinárního týmu a naplňování interdisciplinárních přístupů (2001).

Velmi důležitý je dále důraz na respektování individuality každého žáka. „*Pedagog má za úkol přistupovat ke svému protějšku jako k jedinečné bytosti a vyvinout adekvátní formy k podpoře jeho vývoje.*“ (Fröhlich in Vítková, 2004, str. 326) Pro každého žáka je vypracován **individuální vzdělávací plán (IVP)** podle jeho specifických potřeb, možností, individuálního tempa jeho rozvoje. Na tvorbě individuálního vzdělávacího plánu se podílí pedagogický tým rehabilitační třídy, odborní pracovníci speciálně pedagogického centra, rodiče či zákonní zástupci dítěte a další odborníci zajišťující péči o dítě (Bendová in Ludíková, 2005). Důležité je průběžné vyhodnocování individuálního plánu, sledování a zaznamenávání pokroků, zvratů i neměnných stavů (základna pro další plánování vzdělávacího procesu).

K principům péče o žáky v rehabilitačních třídách patří **zásada kooperace** – tedy realizace takové edukace, která nechápe jednotlivce jako pasivního příjemce daných podnětů, ale jako aktivního spolutvůrce edukace (Vančová in Opatřilová, 2005). V této souvislosti mluví Nielsenová (1998) o **principech aktivního učení**: „*Je-li dítěti poskytnuta příležitost, aby mohlo aktivně samostatně věci prozkoumat a ohledat, dítě si osvojí dovednosti, které se stanou součástí jeho osobnosti. Stanou se pro něj přirozenými, takže je dále používá ve vzájemném vztahu s ostatními schopnostmi a využívá jich k uspokojení svých potřeb.*“ (str. 17-18)

Důležitou zásadou je též **orientace na praktické jednání** – žák se neučí izolované postupy, které pro něho nemají význam, protože v praktickém životě by se s nimi nikdy nesetkal. Cvičení musí být zasazena do určitého smysluplného rámce, aby byly zachovány souvislosti k reálným životním situacím (Vítková, 2004).

2.4.3 Specifika edukace žáků v rehabilitační třídě

Výchovně vzdělávací proces v rehabilitační třídě je v mnoha ohledech odlišný od forem, obsahů a metod výuky v jiných třídách - ať už běžných škol, tak často i škol speciálních. Následuje stručný nástin nejvýraznějších specifík edukačního procesu v rehabilitační třídě (srov. Klenková, 2006; Ludíková in Renotierová, 2006; Vítková, 2004, 2006; Valenta, Müller 2007; Vyhláška 73/2005 Sb.; Rehabilitační vzdělávací program pomocné školy):

- ✓ **Charakter vyučování** - uspořádán jako otevřený variabilní proces, režim dne je rozdělen na pravidelné střídání výuky, odpočinku a hry, které odpovídá možnostem zatížení žáků - nutnost časté improvizace podle aktuálního stavu dětí (zdravotní stav, psychická pohoda apod.). Značnou část v rámci denního režimu zabírá ošetrovatelská péče. Vyučování probíhá ve skupině, velký důraz je kladen také na individuální práci s dítětem podle jeho potřeb. Důležité je zajištění atmosféry jistoty a bezpečí ve třídě jako základu pro vytváření vztahů.
- ✓ Používání **speciálních a netradičních metod a forem výuky** – nejrůznější stimulace jednotlivých smyslů, pohybového vývoje apod., používání různých druhů terapií nebo jejich prvků.
- ✓ Nutnost **úpravy prostředí, speciální materiální vybavení třídy** - doporučují se dvě místnosti – kromě učebny by měla být k dispozici místnost pro relaxaci a individuální práci se žákem. Rehabilitační třída by měla být vybavena vhodným zařízením, nábytkem a kompenzačními pomůckami potřebnými k rozvíjení hybnosti žáků a dalších dovedností (speciální sedačky, pracovní stoly se sklopnými deskami, vertikalizační stojan, polohovací pomůcky, speciální přístroje a nádobí apod.).
- ✓ Využívání **augmentativních** (podpůrných) a **alternativních** (nahrazujících) **systémů komunikace** (z důvodu časté narušené komunikační schopnosti u žáků, mnohdy neschopnost tvořit řeč vůbec). Mezi nejčastější metody užívané alternativní a augmentativní komunikací můžeme zařadit prostředky nonverbální komunikace (mimika, gesta, znaky – například Makaton, Znak do řeči), dále používání předmětů, obrázků, fotografií, symbolů (piktogramy, Bliss systém) a jejich případné spojování do komunikačních tabulek. V neposlední řadě se využívají různé technické pomůcky – hlasové komunikátory, alternativní klávesnice, spínače apod.
- ✓ Intenzivní **rozvíjení motoriky žáků** v rámci výchovně vzdělávacího procesu (úzké spojení rozvoje motoriky a psychických funkcí) – do denního režimu je zakomponováno pravidelné rehabilitační cvičení, různé formy rehabilitační tělesné výchovy a relaxačních činností, polohování žáků.

- ✓ **Úzká spolupráce s rodinou žáků** – velká provázanost péče ve školním a domácím prostředí. S rodiči je nutné konzultovat zdravotní stav žáků, možnosti rozvoje v jednotlivých oblastech, předávat si zkušenosti s péčí o žáky v různých prostředích – osvědčily se instruktáže a zácvik rodičů v různých oblastech péče o děti – polohování, různé druhy stimulací apod.

Vítková (2004) mezi specifika edukace žáků s těžkým mentálním a kombinovaným postižením řadí také extrémně pomalé tempo vývojových změn, dále nutnost důkladné a dlouhodobé funkční speciálně pedagogické diagnostiky (detailní identifikace problémů). Vítková upozorňuje, že výsledky edukačních snah ovlivňuje zdravotní stav a aktuální stav průčeschnosti žáka, a že speciálně edukační a stimulační aktivity často nevyvolají u žáků zpětnou vazbu. Vašek (in Opatřilová, 2005) vyvozuje z výše uvedených specifík nutnost vícenásobného opakování informací žákům, nadměrné zvýraznění informací a zapojení více smyslových kanálů k jejich přijímání.

3. REHABILITAČNÍ TŘÍDA ALŽÍRSKÁ

K doplnění a ucelení problematiky vzdělávání žáků s těžkým kombinovaným postižením následuje popis režimu a systému výuky v Rehabilitační třídě Alžírská na Praze 6.

Tato rehabilitační třída je součástí **detašovaného pracoviště Základní školy speciální Rooseveltova** na Praze 6, jejímž zřizovatelem je Magistrát hl. m. Prahy. Detašované pracoviště vzniklo na podzim roku 1992 a původně bylo určeno především pro žáky s autismem a mentálním postižením. V současnosti zahrnuje dvě třídy pro děti s autismem a dvě třídy rehabilitační - jedna přímo v budově školy (zkoumaná), druhá v objektu sousedního Dětského rehabilitačního stacionáře DAR. Hlavním partnerem autistických a rehabilitačních tříd je občanské sdružení Strom, mezi jehož hlavní aktivity patří organizace veřejných akcí a dále přímá finanční podpora školy (<http://strom.kbx.cz/Tridy-Alzirska/?c=Nastenka>). Rehabilitační třídy dále úzce spolupracují se Stacionářem DAR.

Rehabilitační třídu navštěvuje momentálně **pět dětí s kombinovaným postižením**:

1. **Pavel:** 17 let, ročník R8, dg.: DMO – spastická kvadraparetická forma, psychomotorická retardace, epilepsie, zraková vada (centrální postižení zraku - CVI)
2. **Vojtěch:** 12 let, ročník R4, dg.: dětský autismus, psychomotorická retardace, epilepsie, strabismus
3. **Lenka:** 10 let, ročník R3, dg.: těžká psychomotorická retardace, DMO – hypotonická forma s dyskinetickou a cerebellární (dystaktickou) příměsí, mikrocephalie, mozková atrofie, sekundární epilepsie, centrální postižení zraku (CVI)
4. **Libor:** 11 let, ročník R3, dg.: DMO – těžká forma spastické infantilní diparesy s kvadrapyramidovou symptomatologií, psychomotorická retardace, epilepsie, mikrocephalie, atrofie papil, strabismus (nosí brýle)
5. **Filip:** 16 let, ročník R8, dg.: DMO – spastická kvadraparetická forma, psychomotorická retardace, epilepsie

Pro každého z dětí je na začátku školního roku vypracován **individuální výchovně vzdělávací plán**, na jehož tvorbě se podílí speciální pedagog, vychovatelé, rehabilitační

pracovník a rodiče žáků, po sepsání je schvalován a podepisován ředitelkou školy. Individuální plány obsahují hodnocení dítěte za předchozí školní rok (pokroky, zlepšení či zhoršení, co se osvědčilo, co naopak ne apod.), dále cíle výchovného působení a způsoby k jejich dosažení pro školní rok nadcházející. Popsány jsou různé návrhy, použití speciálních pomůcek, postupů (například využívání bočního polohovadla, dotekové obrazovky při práci na počítači atd.), plán si klade za cíl být co nejkonkrétnější a nejpodrobnější, aby každý z pedagogů a pracovníků, kteří s dítětem přijdou do styku, mohli žáka co nejlépe poznat a používat stejný výchovný postup. Individuální plány vycházejí z Rehabilitačního vzdělávacího programu pomocné školy a Školního vzdělávacího programu, který byl podle Rámcového vzdělávacího programu pro základní školu speciální upraven pro potřeby školy. Konkrétní cíle pro jednotlivé žáky jsou rozděleny do šesti oblastí – komunikace, kognitivní schopnosti, smyslová výchova, hrubá motorika, jemná motorika a sebeobsluha.

Personální obsazení:

Ve třídě působí tři pedagogičtí pracovníci – jeden učitel (speciální pedagog) a dva vychovatelé. Vojtěch má osobní asistentku (kvůli těžké formě epilepsie a špatné rovnováze při pohybu), která je s ním v průběhu celého vyučování. Pravidelnou rehabilitaci dětí pak zajišťuje rehabilitační pracovnice.

Režim dne:

7.15 – 8.00 h - ranní družina

8.00 – 10.00 h - rehabilitace, individuální práce s dětmi, hygiena, svačina

10.00 – 10.30 h - společné povídání

10.30 – 11.30 h - skupinová práce – různé druhy výchov, dalších činností

11.30 – 13.00 h - oběd, hygiena

13.00 – 14.00 h - odpočívání dětí, hraní

14.00 – 16.00 h - odpolední družina

Všechny děti přijíždějí do školy svozovým autem. Po příjezdu se děti seznamují s tím, co je daný den ve škole čeká, a to pomocí jejich struktury prostřednictvím předmětů, fotografií či obrázků (podle potřeb každého dítěte). Čte se s nimi také

písemná zpráva od rodičů z minulého dne z informačního sešitu (co dělaly odpoledne, přes víkend, speciální události).

První polovina dopoledne je věnována **individuálním činnostem** – rehabilitaci (jedno dítě cvičí půl hodiny), individuální práci v oddělených místnostech podle výukových cílů každého žáka, polohování, děti také postupně svačí (každé z nich potřebuje značnou pomoc, není možná společná svačina ve stejný čas). Po ukončení těchto činností následuje společné komunikační cvičení v kruhu před tabulí, kdy se děti vítají, poznávají sebe a ostatní ze třídy podle fotografií, určují den v týdnu, počasí, roční období. Při povídání se probírají jednotlivé měsíční tematické okruhy, součástí bývá také zpěv písní (uvítacích, podle daných témat), rytmizace na buben, poznávání spolužáků a dospělých podle hlasu apod. Dále se hovoří o tom, co děti daný den dělaly a co je ještě čeká.

V druhé polovině dopoledne následují **společné činnosti** v rámci výchov, kdy se využívají pozitivní účinky skupinové práce – kooperace, trpělivost, čekání na druhé, respektování ostatních atd. Podle jednotlivých dní jde o hudební výchovu, která probíhá spolu s ostatními dětmi z dalších tříd, pracovní a výtvarnou výchovu, rehabilitační tělesnou výchovu. Smyslová výchova prolíná všemi činnostmi i výchovami, zejména pak společným „vařením“ – přípravou jednoduchých pokrmů (jednou za 14 dní), kdy děti ochutnávají jednotlivé potraviny zvlášť, mohou si k nim přivonět, následně hotové jídlo sní. Stejně tak je i rozumová výchova součástí všech aktivit. K dalším činnostem patří „příhodník“ – neboli zážitkový sešit, kam si děti lepí fotografie z proběhnutých akcí, jednou týdně se žáci účastní vodoléčby a hipoterapie. Podle aktuálního počasí a počtu personálu se chodí na procházky, přibližně jednou do měsíce se pak plánuje větší výlet – dopravními prostředky, do divadla, na zajímavá místa, ZOO, do restaurací apod.

Po obědě a následné hygieně (čištění zubů, vysazování na toaletu), děti odpočívají (součástí je polohování), poté postupně odjíždějí domů (opět svozovým autem). Někteří žáci se účastní odpolední družiny, která probíhá společně s dětmi z dalších tříd a jejíž součástí je volná hra a některé řízené činnosti – malování, pohybová výchova, zpívání.

Režim každého jednotlivého dne je značně **variabilní** a musí být přizpůsobován aktuálním potřebám žáků – důležité je sledovat jejich zdravotní stav (zejména zvýšenou teplotu z důvodu vyšší pravděpodobnosti výskytu epileptických záchvatů), jejich fyzickou i psychickou pohodu (podle stavu únavy je možné zařadit aktivity navíc nebo

naopak některé činnosti zrušit), často se také různí časy příjezdů a odjezdů dětí svozovým autem – je nutná stálá improvizace dle aktuální situace. Značně velkou část vyučování zabere **ošetřovatelská péče** – převlékání, hygiena (všechny děti nosí pleny), také pomoc při stravování (nutná dopomoc a podpora u všech dětí).

V průběhu všech činností a poskytování péče se klade důraz na **individuální přístup** k dětem (volba jednotlivých forem péče, načasování a délka aktivit, zařazování odpočinku, různá míra dopomoci apod.), dále na maximální rozvoj v oblasti **kommunikace** (alternativní) - využití všech možných situací během dne - výběr z různých variant (hraček, oblečení, jídla, činností a jejich pořadí atd.), používání hlasových komunikátorů, komunikačních knih (každý žák ji má přizpůsobenou svým potřebám), gest (Makaton) apod.

Prostorové vybavení:

Nejvíce využívaným prostorem je **třída**, kde se odehrává většina činností (všechny společné aktivity včetně oběda a svačiny), pro individuální práci slouží **oddělená místnost** s polohovacím stolem, počítačem, boxy pro práci, a také místnost s možností úplného zatemnění (tzv. „**barevný pokoj**“), která je vhodná pro zrakovou stimulaci dětí (součástí je světelný panel na podsvícení obrázků, UV zářivka, plazmová koule, světelný had a další pomůcky). Toaleta, která je umístěna vedle třídy, je upravena pro potřeby žáků – součástí je přebalovací pult, speciální sedák na záchod, držáky. V rámci celé školy pak děti využívají **rehabilitační místnost, hernu**, kde se odehrávají společné aktivity s dětmi z dalších tříd (hudební výchova, odpolední družina, rehabilitační tělesná výchova). V současné době se dokončuje **speciálně upravená místnost**, která je koncipována jako aktivačně-relaxační s prvky snoezelenu a muzikoterapie. Součástí bude pódium s vibrační částí pro procítění celého těla při hudbě, speciální světla pro možnost nasvítit místnost různě barevnými tóny pro zintenzivnění zážitku, dále bublinkový válec, světelná vlákna, hmatové stěny, hudební nástroje a další. V místnosti bude probíhat jak individuální práce s žákem (využívání vibračního pódia, masáže, bazální stimulace apod.), tak také skupinová (především s využitím prvků muzikoterapie). Součástí školy je také **venkovní hřiště**, jehož součástí jsou síťové houpačky, trampolína, pískoviště a další (fotografie jednotlivých prostor jsou součástí přílohy č. 2).

Pozn. Uvedené informace o chodu a systému výuky Rehabilitační třídy Alžírská vycházejí z vlastních zkušeností autorky získané při přímé práci s dětmi.

4. FORMY PODPORY V RÁMCI EDUKACE DĚTÍ S KOMBINOVANÝM POSTIŽENÍM

K popisu a charakterizování jednotlivých podpůrných forem bude využito jak teoretického náhledu na tuto problematiku, tak konkrétních příkladů aplikace speciálních metod a přístupů v rámci edukačního procesu žáků z Rehabilitační třídy Alžírská na Praze 6. Povšimnutím si reakcí (tělesných, emočních apod.) a vývojových změn žáků při uplatňování jednotlivých metod bude cílem dokázat smysluplnost využívání těchto speciálních forem výuky při respektování individuality každého konkrétního žáka.

Při analýze forem podpory jsou stanoveny tyto výzkumné teze:

1. Žáci s těžkým kombinovaným postižením vyžadují speciální přístupy a formy podpory v rámci jejich výchovně vzdělávacího procesu.
2. Volba jednotlivých metod a forem podpory je adekvátní individuálním možnostem a potřebám každého žáka.
3. Jednotlivé formy podpory a speciální přístupy poskytují žákům potřebné podněty k jejich rozvoji a získání nových zkušeností.

Použité výzkumné metody:

- ✓ Obsahová analýza
- ✓ Přímé zúčastněné pozorování
- ✓ Nestrukturovaný rozhovor

Výzkum byl prováděn kvalitativně.

V tomto výzkumu byla použita obsahová analýza dokumentace žáků (lékařské, psychologické, sociální diagnózy, posudky, soudní spisy apod.) a školské dokumentace (individuální výchovně vzdělávací plány, vysvědčení, výkazové listy atd.)

Pozorování probíhalo přímo a zúčastněně - prostřednictvím role učitelky v rehabilitační třídě (osobní účast a zaangažovanost ve skupině).

Podpůrnou doplňkovou metodou při získávání informací k výzkumu byl nestrukturovaný rozhovor - především s rodiči žáků, dalšími pedagogy a odborníky, které mají žáky v péči.

4.1 Přehled a analýza podpůrných metod a přístupů

Teoretický popis jednotlivých forem podpory bude vždy doplněn ukázkou z praktického využívání těchto speciálních metod v rámci výchovně vzdělávacího procesu žáků z Rehabilitační třídy Alžírská (viz. fotodokumentace v příloze č. 3).

4.1.1 Terapie a terapeutické metody

Terapeutické přístupy můžeme definovat jako „*takové způsoby odborného a cíleného jednání člověka s člověkem, jež směřují od odstranění či zmírnění nežádoucích potíží, nebo odstranění jejich příčin, k jisté prospěšné změně - například v prožívání, chování, fyzickém výkonu*“ (Valenta, Miller, 2007, str. 125). V terapiích jde také o zprostředkování potřebných zkušeností a zážitků, o vytváření prostoru pro formování, dozrávání a pozitivní změnu (Hornáková in Pipeková, Vítková, 2001).

U dětí s kombinovaným postižením mluvíme často spíše než o využívání terapií o začleňování **terapeutických prvků** do jednotlivých výchov a forem péče, neboť závažnost tělesného, mentálního, smyslového, řečového a dalších postižení neumožňuje uplatňovat terapeutické postupy v celé šíři jejich zaměření.

Animoterapie (zooterapie)

Jedná se o soubor terapeutických postupů, které využívají pozitivní účinky vznikající v kontaktu mezi zvířetem a člověkem. Nejčastěji je využíván kůň (hipoterapie) a pes (canisterapie).

Hipoterapie je součástí tzv. **hiporehabilitace**, neboli využívání práce s koněm a ježdění na koni ke zmírnění až odstranění handicapu. K dalším složkám této terapeutické metody patří **pedagogicko – psychologické ježdění** (působení na celkový rozvoj osobnosti) a **sport pro handicapované** (aktivní ovládání koně pacientem) (Valenta, Müller, 2007).

Hipoterapie spadá do oblasti medicíny, funguje na bázi fyzioterapie. Dítě je z hlediska ovládání koně naprosto pasivní, může na koni sedět či být různými způsoby na koňském hřbetu zapoložováno. Podstatou působení je využití přirozeného pohybu koně s jeho typickým chůzovým mechanismem jako motorického vzoru, kterému se dítě střídavým napětím a uvolňováním svého těla přizpůsobuje. Velkým přínosem jsou dále nespecifické prvky (vliv tepla, taktilní kožní podněty, protažení zkrácených šlach,

podpůrné a obranné reakce, cvičení proti odporu, labyrintové reflexy a další). (Jankovský, 2001).

Mezi účinky hipoterapie patří normalizace svalového tonu, koordinace pohybu, rytmizace organismu, zlepšení rovnováhy, facilitace senzomotorické integrace, narušení patologických stereotypů, mobilizace kloubů, zvyšování sebedůvěry a další. (<http://www.jezdectvo.cz/hiporehabiliatce.php>). Využití této metody u dětí s kombinovaným postižením je tedy velice prospěšné, zvláště u dětí s DMO.

Hipoterapie se žáci účastní jedenkrát do týdne (spolu s dětmi z autistických tříd i sousedního Stacionáře DAR). K dispozici jsou dva koně (huculové), kteří jsou dopraveni přímo k prostorám školy. Každé dítě na koni objede dvakrát celý areál školy a stacionáře. Samozřejmostí je stálý dohled a doprovod dvou asistentů z obou stran dítěte při chůzi s koněm.

V současné době se hipoterapie účastní pouze dva žáci rehabilitační třídy – Vojtěch a Filip. Ostatní ukončili či přerušili hipoterapii z různých důvodů – Lenka kvůli zjištěné alergii na koňskou srst, Pavel z důvodu ochrany své bezpečnosti – ani dva asistenti ho nebyli schopni na koni ve vhodné poloze udržet (neustále přibývajících hmotnost). Libor se hipoterapie účastnil po dobu tří let, zpočátku vyjadřoval nelibost – bál se koní, po nějaké době byly jeho reakce pozitivnější, k úplnému uvolnění však nedocházelo. Přibližně před půl rokem se jeho strach z koní opět prohloubil, při položení na koňský hřbet se rozplakal, po celou dobu jízdy byl napjatý a spasmy jeho končetin se zhoršovaly. Hipoterapie byla tedy po domluvě s fyzioterapeuty a rodiči ukončena.

Filip na hipoterapii reaguje velice pozitivně, pokaždé se zcela uvolní. Na koni je zapoložován v leže na břiše (podélně, proti směru chůze koně). U Vojtěcha je využívána především nutnost vyvažování rovnováhy a zapojování svalových struktur při jízdě v sedě. Na hipoterapii reaguje také pozitivně.

Canisterapie je označení způsobu terapie, při níž dochází k působení psa na člověka. Canisterapie může probíhat ve dvou formách – pes je buď cílenou součástí odborně vedeného terapeutického procesu, kdy cílem je posílení žádoucího nebo utlumení nežádoucího chování pacienta (**Animal Assisted Therapy, AAT**) nebo jde o činnosti za účasti psa (**Animal Assisted Activities, AAA**), kdy lze výsledky vyjádřit pouze v pocitech radosti a spokojenosti, terapie poskytuje v tomto případě motivační,

výchovný, odpočinkový účinek zaměřený na zvýšení kvality života (Valenta, Miller, 2007).

Oblasti, kde se canisterapie využívá (Fialová, Sborník příspěvků z konference, 2006):

- **Emočně-sociální oblast** – formou hlazení psa, mazlení, navozování komunikace dítěte se psem, navozování pocitu bezpečí u velkých psů, rozvoj ochranných a pečovatelských sklonnů u psů malých, odbourávání strachu.
- **Kognitivní oblast** – cílené hry a plnění úkolů (aportování, schovávání věcí podle pokynů apod.), probouzení zájmu o určité aktivity, zvyšování doby pozornosti a soustředění se na činnost, pozorování chování psa, zkoumání jeho stavby těla (uši, ocas, uši), nácvik sebeovládání dítěte (např. při krmení psa).
- **Hrubá a jemná motorika** – rozvoj hrubé motoriky formou her (házání míčků, překážkové dráhy, honění, napodobování činností psa), jemné motoriky (hlazení, česání, ukazování jednotlivých částí). Důležitou složkou je polohování, které má význam především u dětí s těžkým tělesným postižením, především DMO (prohřívání těla, uvolňování spasmů)
- **Oblast řečová** – rozvoj pasivní i aktivní složky řeči, zvyšování zájmu o komunikaci (příkazy, oslovování psa).

Canisterapie je žákům školy poskytována formou dobrovolné (rodiči placené) aktivity v rámci odpolední družiny jednou týdně. Jedná se o formu AAT na individuální rovině. V současné době však ani jeden z žáků rehabilitační třídy canisterapii nevyužívá – z důvodu časových (dřívější odjezd ze školy – Filip, Vojtěch), zdravotních (alergie na psí chlupy – Pavel, Lenka) i psychických (strach ze psů, který nebyl i po delší době terapie překonán - Libor).

Ergoterapie

Ergoterapie je definována jako léčba smysluplnou činností, prací. Za obecný cíl ergoterapie pokládá Votava (2003) dosažení maximální soběstačnosti a nezávislosti v domácím, pracovním a sociálním prostředí a tím zvýšení kvality života daných jedinců.

U dětí s kombinovaným postižením není možné očekávat splnění těchto cílů v plném rozsahu, v rámci uplatňování různých ergoterapeutických prvků a důrazů jde o dosažení co nejvyššího stupně soběstačnosti a nezávislosti dle individuálních možností každého žáka. Při výchovně vzdělávacím procesu jsou využívány především tyto dvě složky ergoterapie (členění podle Renotiérové, 2002):

- ✓ **Ergoterapie cílená na postiženou oblast** - vykonávaná činnost má obsahovat pohyby, které jsou přesné, cílené a dávkované (zvětšení svalové síly, zlepšení svalové koordinace, zvětšení rozsahu pohybů). U žáků probíhá často pomocí hry.
- ✓ **Ergoterapie zaměřená na výchovu k soběstačnosti** – zvládání běžných činností každodenního života (stravování, udržování hygieny, oblékání a svlékání), zahrnuje též nácvik používání různých kompenzačních pomůcek (např. speciálně upravené přístroje a talíře, protiskluzové podložky, sedáky na toaletu, držáky apod.)

Prvky této terapie jsou uplatňovány především v průběhu činností spojených s nácvikem sebeobslužných dovedností – v průběhu jídla (nácvik správného držení příboru, nabírání jídla, pití z hrnku), při oblékání a svlékání (rozepínání zipu, natahování kalhot, přetahování trika přes hlavu), v rámci udržování hygieny (čištění zubů, mytí rukou, utírání pracovní plochy po jídle či dalších činnostech).

Při jídle potřebuje pomoc každé z dětí – nejvíce však Filip, který kvůli těžkým spasmům není schopen udržet příbor ani cílených pohybů rukou. Navíc má ještě problémy s příjmem potravy a polykáním, strava je mu mixována a celý proces krmení je pro něj velice vysilující. Také při převlékání potřebuje plnou pomoc. Na toaletu není vysazován (není schopen sedu – propíná se), čištění zubů probíhá rovněž s plnou asistencí. Při mytí rukou a utírání stolu je však podporován k aktivitě – úchop mýdla, ručníku, hadru apod.

Všechny ostatní děti si při jídle drží za asistence lžící či vidličku v ruce, učí se nabírat pokrm a dávat si jej do úst. U Lenky je tento postup komplikován jejími nekoordinovanými pohyby (jedna ruka je jí zafixována ke stolku, aby se zamezilo shazování talíře a sahání do jídla, v druhé ruce si s pomocí dospělé osoby přidržuje příbor či si dává jídlo sama do pusy). Také další děti mají problém s udržením lžice či

vidličky v ruce a nabíráním jídla - proto jsou používány různé speciální přístroje s rozlišně silnou rukojetí, s možností zafixování na ruku i bez (podle potřeb jednotlivých dětí), talíře se zvýšeným okrajem či protiskluzové podložky.

Všechny žáci kromě Filipa jsou vysazováni na toaletu (pomocí speciálního nástavce), asistovaně si čistí zuby, umývají ruce, utírají pracovní stůl. Při převlékání jsou podporováni k co největší aktivitě.

Jednotlivé ergoterapeutické prvky jsou dále u všech žáků využívány při cíleném rozvoji jemné motoriky - nácvik úchopu, uvolnění prstů, paží, a to v rámci individuální práce za použití speciálních pomůcek (sklopné desky stolu s otočným válcem nebo šrouby, nádoby na vhazování, navlékání, vkládání apod.), dále během pracovní výchovy (lepení, střídání, trhání aj.) nebo při volné hře (stavění z kostek, vkládání nádob do sebe, chytání rybiček).

Arteterapie

Arteterapie je léčba pomocí **výtvarných prostředků** (kresba, malba), ale také výtvarná práce s různými materiály pomocí rozličných technik. Pro jedince s kombinovaným postižením má arteterapie přínos v procvičování jemné motoriky, popřípadě grafomotoriky, vizuomotorické koordinace, vizuální percepce, dochází k aktivizaci tvůrčího potenciálu dětí, k rozvoji fantazie, estetického vnímání, k prožitku vlastního úspěchu. Arteterapie nabízí také možnost relaxace, uvolnění napětí a psychické tenze. U dětí s poruchami řeči je výtvarná tvorba výborným prostředkem k nonverbální komunikaci, k možnosti vyjádřit se beze slov a následně slouží k rozvoji řečových dovedností. (Jankovský, 2001; Šicková – Fabrici, 2008). Těžiště práce vždy spočívá v samotném tvůrčím procesu, nikoli v uměleckém hodnocení vzniklého výsledku (Dostálová in Pipeková, Vítková, 2001).

Zvláštní postavení v arteterapii zaujímá práce s **keramickou hlinou**, která „je bezprostředně orientována na stimulaci hmatu, na cvičení a rozvoj jemné motoriky, na rozvoj vnímání prostoru – a tím i na uvědomování si a rozvoj vlastního těla a následné sebepojetí“ (Velínská in Müller, 2007, str. 128).

V edukačním procesu dětí je arteterapie obsažena spíše jednotlivými prvky, a to zejména v rámci výtvarné výchovy. Žáci pracují s nejrůznějšími materiály a různými technikami: temperové a prstové barvy, lepidla, pastelky, tuše (roztírání prsty, dlaní,

štetcem, válečkem, používání razítek, ťukátek), hlína, modelína, těsto (hnětení, mačkání, krájení, válení), dále textil, přírodniny, různé druhy papírů apod. Při práci ve skupině se žáci učí spolupracovat, čekat na ostatní, navazovat kontakt. Vhodné je ponechat prostor pro vlastní tvorbu a rozvoj fantazie a představivosti (nechat dětem vybrat si barvu, způsob tvorby atd.)

U Lenky a Filipa je velice důležitý přímý kontakt s materiálem (roztírání barvy prsty, obtisky dlaní, hnětení materiálů, mačkání a tvarování hlíny, modelíny apod.), a to z důvodu potřeby hmatové stimulace jako prioritního prvku arteterapie u těchto dětí (Filipovy ruce jsou po většinu času uzavřeny v pěst - potřeba nových hmatových podnětů; u Lenky je rozvoj hmatu důležitý z důvodu jejího těžkého zrakového postižení). Pavel a Libor mohou alespoň částečně vytvářet samostatně (dovedou uchopit a na chvíli udržet štětec, ťukátko, houbičku, válec apod.), zejména Libor všechny výtvarné a pracovní činnosti oblibuje, rád si volí jednotlivé barvy i pomůcky k tvoření. Vojtěch, pro kterého je problém kvůli nižšímu svalovému napětí udržet výtvarné náčiní v prstech či dlaní, malování a jiné tvoření nemá rád, většinou projevuje nelibost hučením až pláčem. K dokončení díla je však při potřebném poskytnutí dopomoci motivován a podporován – kvůli splnění vytyčených cílů (zejména rozvoje jemné motoriky, kognitivních dovedností atd.).

Muzikoterapie

Muzikoterapie je metoda, při které jsou zvuk a hudba (rytmus, melodie, harmonie, tempo, dynamika, vibrace) používány cíleně k terapeutickým účelům. (Procházka, 2009). Rozeznáváme **aktivní muzikoterapii**, kdy klient hudbu vytváří (hra na tělo, nástroje, zpěv) a **muzikoterapii receptivní**, kdy klient naslouchá hudbě živé nebo reproduované. Podle počtu účastníků je možné rozlišit muzikoterapii **individuální** (velký význam především u dětí s těžkou a hlubokou mentální retardací), **párovou** či **skupinovou** (Vilímek, Soubor materiálů ke kurzu Nový Jičín, 2008).

Procházka (2009) uvádí následující možnosti využití zvuku a hudby v terapeutické práci:

- možnost abreakce – uvolnění psychické tenze a zátěžových stavů (především bicí nástroje)

- zvuk a hudba jako využití nonverbální komunikace (směřují do hlubší sféry psychiky než mluvené slovo)
- nosná vlna pro zážitky, intenzivní prožitky
- oslabení obranných mechanismů – znovuprožití emočně významných momentů
- ideální při navozování stavu relaxace – prevence napětí, stresu, nadměrné zátěže
- pozitivní účinky při působení na somatickou sféru člověka, ovlivnění fyziologických procesů v lidském organismu

K dalším terapeutickým účinkům muzikoterapie z hlediska edukačních cílů u dětí s kombinovaným postižením můžeme přiřadit rozvoj motorických a rozumových funkcí (úchop hudebního nástroje, cvičení vizuomotorické koordinace, procítění vlastního těla díky vibračním nástrojům a hlasu apod.), smyslového vnímání (poznávání a rozeznávání jednotlivých zvuků, melodií), komunikačních a sociálních dovedností (cvičení dechová, užívání rytmy, vnímání a respektování ostatních dětí ve skupině aj.) (Vilímek, Soubor materiálů ke kurzu Nový Jičín, 2008).

Skupinová muzikoterapie probíhá každý týden v rámci hudební výchovy – spojuje formu aktivní i receptivní – děti v průběhu bloku, který trvá přibližně 30 – 45 minut, naslouchají různým reprodukováným zvukům či písničkám, dále poslouchají hudbu živou (většinou písničky s doprovodem kytary či kláves) a podle možností se také zapojují hrou na různé hudební nástroje – buben, rolničky, dřívka, chrastítka i hrou na tělo (tleskání, pleskání). Jsou podporovány a motivovány též k vlastním hlasovým projevům a vydáváním zvuků. Při muzikoterapeutickém bloku se rovněž využívá spojení hudby s pohybem (kruhové tance, hry).

Kromě bloku hudební výchovy se muzikoterapeutické prvky využívají při každodenním zpívání písniček (při povídání, během dalších činností), dále také při individuální práci s žáky – při kládání hudebních nástrojů nesoucí vibrace k tělu žáka, využívání vibračního potenciálu lidského hlasu (pobrukování, zpívání při pohupování dítětem v náručí), rytmy na buben, opakování zvuků dětí a jejich následná melodizace apod.

Pozitivní reakce na hudbu jsou nejzřetelnější u Lenky. V důsledku postižení (dyskinetická forma DMO) je neustále v pohybu (kývání trupem zepředu dozadu, celková roztřesenost až neklid). Uslyší-li jakoukoli melodii či souvislejší zvuky, zastaví se ve svých pohybových stereotypch a pozorně naslouchá. Hudba je tak u ní jedním z nejdůležitějších terapeutických prostředků, který lze využít v mnoha situacích – při zklidnění (například během česání, převlékání či přebalování, které Lenka odmítá a kdy se její neklid stupňuje), při získání pozornosti (využití písni a rytmyzace při učení novým věcem a souvislostem), jako komunikační prostředek (používání stejných písni či básni pro určité věci, situace), při rozvoji verbálního projevu (například vybubnovávání Lenčiny zvuků, melodizace jejích slabik) apod. Lenka rovněž výborně reaguje na přenos vibrací pomocí různých nástrojů (ráda pokládá ruku na kytaru při hraní, ráda bubnuje, líbí se jí, když ji druhá osoba drží v náručí, dotýká se krkem Lenčiny hlavy a vydává různé zvuky).

Rovněž u Pavla, Vojtěcha i Filipa zastává hudba významné místo – všichni tři velice rádi naslouchají reprodukováné hudbě, aktivní tvorba je komplikována nemožností uchopit a udržet hudební nástroje (používají se tak nástroje připevněné k tělu dětí). Pro Filipa, který je značně omezen v pohybu (velmi těžká forma spastické kvadruparézy), je hudba důležitým prostředkem k abreakci – při prožívání jednotlivých písni nekoordinovaně pohybuje všemi končetinami i celým tělem, výrazná je i jeho mimika, potí se a dokáže se během několika písni úplně vysílit. U Pavla hraje důležitou roli bubnování – levou rukou dokáže vydávat i velké rány (opět způsob abreakce).

Libor upřednostňuje aktivní muzikoterapii před její pasivní formou – vyplývá to z jeho hyperaktivnější povahy. Velice rád manipuluje s hudebními nástroji (využití pro rozvoj jemné motoriky, rytmyzaci), problém mu dělá udržení pozornosti a koncentrace při poslechu hudby (reprodukována hudba je pak nástrojem ke zlepšení soustředěného naslouchání).

Fyzikální terapie

Mezi metody fyzikální terapie patří různé druhy masáží (klasická, reflexní), elektroléčba, léčba ultrazvukem, světlem, magnetoterapie a další. U dětí s DMO se využívá především vodoléčba (hydrokinezioterapie – rehabilitační bazén, perličková,

vířivá koupel) a léčba teplem (termoterapie) na prohřátí svalů a uvolnění spasmů (Jankovský, 2001).

Vodoléčbu mají děti jedenkrát do týdne prostřednictvím perličkové vířivé koupele v malém bazénu, který je umístěn v prostorách Stacionáře DAR. Bazén poskytuje možnost masáže jednotlivých částí těla proudem bublinek či intenzivním tlakem vody vypouštěným ze speciální hadice.

Vodoléčby se účastní všichni žáci (podle aktuální fyzické kondice). Každé z dětí na teplou vodu a tlak proudu bublinek reaguje velice pozitivně, ve vodě jsou aktivní – kopou, plácají rukama, Pavel se snaží pohybovat celým trupem nahoru a dolů, Lenka si stoupá u okrajů bazénu. U všech dětí nastává uvolnění – patrné je zejména u Libora, Filipa a Pavla (všichni mají spastickou formu DMO – kvadruparézu). Po opuštění bazénu jsou děti osušeny, zabaleny do prostěradla a odpočívají v postelích (udržení prohřátí celého těla). Zpravidla pak následuje somatická zklidňující masáž či další formy masáží a jiných dotykových terapií.

4.1.2 Další podpůrné metody

V rámci výchovy a vzdělávání žáků v rehabilitační třídě je možné a vhodné využívat dalších forem podpory, které vycházejí přímo ze speciálních potřeb žáků a zasahují do celého spektra aktivit a oblastí péče o tyto děti (ošetřovatelská péče, celkový přístup k dětem). Jednotlivé metody a techniky se navzájem prolínají a doplňují, vycházejí z teorie vzájemného ovlivňování a nedělitelnosti všech složek lidské bytosti (tělesné, duševní, sociální, spirituální). Výsadní postavení zde zastává koncept bazální stimulace, dále budou popsány různé rehabilitační metody.

Bazální stimulace

„Bazální stimulace je komunikační, interakční a vývoj podporující stimulační koncept, který se orientuje na všechny oblasti lidských potřeb a přizpůsobuje se věku a stavu klienta, na kterého se pohlíží jako na rovnocenného partnera, člověka s vlastní historií a určitými schopnostmi a s individualitou, kterou tělesně i psychicky manifestuje.“ (Friedlová, 2007, str. 19). Pomocí tohoto podpůrného přístupu je možné navázat s dětmi s těžkým kombinovaným postižením komunikaci a interakci i přes to, že těžké postižení výrazně blokuje schopnost jejich aktivity. Bazální stimulace

představuje pro tyto děti možnost žít (i když velmi omezeně) za pomoci partnera, který stojí po jejich boku, svůj vlastní autonomní život (Vítková, 2006).

Hlavní principy konceptu:

- Zachovávání **celistvosti, holistického přístupu**, nedělitelnost lidské bytosti. Všechny složky (vnímání, sociální zkušenost, myšlení, komunikace, pocity, pohyb a tělesná zkušenost) jsou pro dítě v raném stádiu vývoje (tzn. i pro dítě s těžkým postižením) stejně důležité, neumí je vědomě oddělit a upřednostnit jako dospělý člověk.
- Princip „**tady a teď**“ – upřednostňování podpory v přítomném okamžiku bez nároku na využití získaných dovedností v budoucnosti. Primárně nejde o funkčnost podpory, ale o to, že je dítě schopno zde a teď navázat kontakt s druhým člověkem, že dovede aktivně žít, vnímat své okolí apod.
- Uvádění jedince do reality (skutečnosti) pomocí **těla** zprostředkováním zkušenosti a vjemů – aktivita dětí se závažným postižením bývá často omezena pouze na nejzákladnější životní výkony, okolní svět je jim těžko přístupný a uchopitelný – skrze stimulaci tělesných pocitů lze tuto bariéru překonávat (využívá se příjemných tělesných pocitů, změny poloh, pohybu apod.).
- Využívání **prenatálních smyslových zkušeností a schopnosti lidského mozku** uchovávat své životní návyky v paměťových drahách ve více svých regionech – cílenou stimulací uložených vzpomínek je pak možné znovu aktivovat mozkovou činnost, vytvářet vznik nových spojení dendritů a novou neuronální organizaci v určitých regionech mozku.
- Respektování **individuálního vývoje dítěte** (ne podle kalendářního věku), který je mu naprogramován a lze jej při jeho diferencování vhodným způsobem podpořit.

(srov. Fajmonová, Chovancová, 2008; Friedlová, 2007; Opatřilová, 2005; Vítková, 2006)

Základní cíle bazální stimulace (Friedlová, 2006):

- ✓ podpora rozvoje vlastní identity a autonomie - pocítění hranic svého těla, zážitek sama ze sebe

- ✓ umožnění navázání komunikace se svým okolím - pociťování okolního světa, přítomnost jiného člověka (úzká interakce na základě pozitivního emocionálního vztahu)
- ✓ zvládnutí orientace v prostoru a čase
- ✓ zlepšení funkcí organismu

Jednotlivé oblasti podpory:

Při stimulaci vnímání prostřednictvím jednotlivých smyslů se vychází z vývojových stupňů schopnosti vnímat, ve kterých se jedinec právě nachází (vždy se vychází od nižších smyslů). Podle Friedlové (2006) se schopnost vnímání rozvíjí již v embryonální fázi, a to v oblasti vibrační (hlas matky, zvuky zažívacího systému), somatické (tlak stěny dělohy, plodové vody) a vestibulární (různé polohy těla i těla matky). Ostatní percepční schopnosti (sluchové, čichové, dotekově-hmatové) se vyvíjejí v dalších obdobích těhotenství, zrakové vnímání se rozvíjí až po narození.

Podle daného vývoje smyslového vnímání můžeme jednotlivé oblasti podpory rozdělit (srov. Friedlová, 2006, 2007; Opatřilová, 2005; Vítková, 2006):

1. Poskytování somatických podnětů

Jde o zprostředkovávání vjemů, příjemných pocitů z vlastního těla, podpora motorických reakcí na somatické podněty, lokalizace stimulů na vlastním těle, získávání základních poznatků o vlastním těle (člověk dlouhodobě ležící nebo výrazně omezený v pohybu cítí některé části více, jiné nemusí pociťovat vůbec, z čehož vyplývá patologické vnímání tělesného schématu – nutnost dát pocítit hranice těla, jeho jednotlivých částí – důležitý předpoklad pro odlišení vlastní osoby od okolí, souvisí s uvědoměním okolního prostředí).

K základním terapeutickým nástrojům somatické stimulace patří **dotek** (příjemný, přiměřený a konstantní), různé druhy masáží či koupelí – zklidňující (vhodná u spastických forem DMO), povzbuzující, stimulující dýchání. Dále se využívají zábaly, polohování (mumie, hnízdo) či kontaktní dýchání.

Ke komunikaci s žáky se může využívat tzv. **iniciální dotek** (zejména s těžce mentálně a zrakově postiženými), kdy se pro zpřehlednění dané situace (při přesunech, počátku a ukončení činností), dává dítěti dotekem najevo, že se s ním bude něco dít.

Nejčastěji se využívá dotyku zřetelného a přiměřeného tlaku na rameno, paži či ruku dítěte.

2. Poskytování vibračních podnětů

Cílem je pocítit tělesnou hloubku – vibrační podněty navozují vjemy v nosných částech těla a v kloubech (při běžném pohybovém vývoji – lezení, stání, chůze, běh apod. jsou vibrační vjemy přirozené, u dětí s těžkým postižením je třeba podněty simulovat).

Při stimulaci se využívá přikládání vibračních pomůcek ke kloubům (od periferie dovnitř těla), s opatrností na hrudník a hlavu (stimulace dýchání, sluchového aparátu). K přenosu vibrací se dále využívá také lidský hlas, dotečky rukama, různé hudební nástroje, dupání, klepání apod.

3. Poskytování vestibulárních podnětů

V rámci této oblasti jde o stimulaci vestibulárního ústrojí (opět platí, že děti s omezením či úplným zamezením v pohybu nemají dostatek těchto podnětů), lepší prostorovou orientaci a vnímání pohybu změnami poloh těla (možnost uvědomit si trojrozměrnost těla v prostoru). Přiměřené vestibulární podněty působí na stabilitu držení těla a normalizují tonus.

Jednotlivé možnosti stimulace: pohupování, houpání (např. v síti, dece – zvedají se jednotlivé části těla zvlášť), tahání dítěte v dece po zemi, zabalování a rozbalování dětí v dece, válení sudů, cvičení na míčích, válkách. Dále se využívá trampolína, různé balanční plochy, speciálně upravené skateboardy apod.

4. Poskytování dalších smyslových podnětů

Jde o stimulaci orální (aktivizace oblasti úst, využívání podnětů čichových a chuťových), akustickou (reakce na podněty, které nejsou bezprostředně vztažené k tělu – hluky, šumy, vlastní tvorba zvuků), taktilně-haptickou (cítění vlastností předmětů rukama, vytvoření možnosti něco uchopit, pustit) a vizuální (zraková fixace podnětů, lidí).

Jednotlivé přístupy vycházející z filozofie konceptu bazální stimulace zasahují do všech složek výchovně vzdělávacího procesu žáků. V tomto smyslu je bazální stimulace používána při veškerém kontaktu a komunikaci s dětmi (viz hlavní zásady).

Jako samostatná činnost je využívána především somatická zklidňující masáž, masáž stimulující dýchání a vibrační stimulace kloubů (aplikované nejčastěji po vodoléčbě, rovněž v rámci individuální práce s dětmi či v průběhu rehabilitační tělesné výchovy). Dále je v hojné míře využívána vestibulární stimulace, která je nejčastěji zařazována do rehabilitační tělesné výchovy – pobyt na trampolíně, tahání, houpání a převalování v dece, cvičení na rehabilitačních míčích, jízda na speciálním skateboardu, houpání v síti atd. Prvky bazální stimulace se rovněž prolínají se smyslovou výchovou (zraková, chuťová, hmatová, sluchová a čichová stimulace).

U Lenky, která má těžké zrakové postižení, se při komunikaci, především pak při změnách činností (zejména přesuny s vozíkem), užívá iniciační dotek (na levé rameno) spolu se slovním komentářem. Důležité je samotné provedení tohoto informačního signálu – tlak ruky musí být přiměřený, ale dostatečně pevný, před vlastním dotykem musí předcházet oslovení Lenky, aby věděla, že se k ní někdo blíží a bude s ní komunikovat (nutná dostatečná empatie a citlivost). Lenka díky iniciačnímu doteku přijímá změny dobře a v klidu.

Nejzřetelnější efekt má působení somatických, vibračních a vestibulárních podnětů na Filipa (jehož omezení v pohybu je ze všech žáků nejvýraznější a účinek těchto stimulů je pro něj proto nejintenzivnější). Především po somatické zklidňující masáži nastává naprosté uvolnění celého těla, Filip je schopen ležet dlouhou dobu bez hnutí aniž by docházelo ke spasmům. Tento relaxační stav je důležitý jak pro uvolnění tělesných struktur, tak pro navození klidu i po stránce psychické.

Somatickou zklidňující masáž přijímají pozitivně i všichni další žáci (Lenka podle psychického naladění a momentálního stavu únavy – někdy masáž odmítá, Liborovi se masáž líbí, ale nedokáže se úplně uvolnit). Masáž stimulující dýchání je aplikována především u dětí, které mají dýchací potíže a potřebují se pročistit (výsledek je zřetelný – odkašlání, prodýchání). Všichni žáci rovněž dobře reagují na vibrační stimulaci – ta je aplikována buď komplexně na procítění celého těla, nebo před činnostmi vyžadujícími jemné pohyby rukou – pak je vibrační přístroj přikládán pouze na klouby rukou a do dlaně. Lenka si sama ráda stimuluje oblast úst a hlavy, pro Vojtěcha jsou

vibrační podněty natolik zajímavé, že přístroj drží v rukách a hraje si s ním (výborné pro cvičení jeho úchopu).

Při vestibulární stimulaci je zcela nejoblíbenějším nástrojem trampolína, všechny děti jsou na ní spokojené a speciální podněty při pohupování povrchu jim přináší radostné zážitky. Pavel a Libor rádi jezdí na speciálním skateboardu – dotýkají se ho v oblasti hrudníku a břicha, odstrkují se rukama (přesun v prostoru je tak pro ně snadnější než při samotném plazení, přitom si však posilují různé svalové struktury a musí vyvažovat rovnováhu).

Rehabilitační metody

Stimulace pohybového vývoje má u dětí s těžkým mentálním a kombinovaným postižením zásadní význam. Proto jsou do systému péče o tyto žáky v hojné míře zařazovány také různé rehabilitační metody (termín rehabilitace je zde chápán jako fyzikální terapeutické či podpůrné opatření). U dětí s kombinovaným postižením se rehabilitace zaměřuje především na rozvoj hrubé a jemné motoriky, motoriky úst a tváří a celkového uvědomění si tělesného schématu (Valenta, Müller, 2007).

V rámci rehabilitačních metod se uplatňují přístupy **reflexní motoriky** - využívání pohybových vzorů jako předurčené pohybové možnosti, která se realizuje při podráždění příslušné oblasti nervové soustavy. Při aplikaci rehabilitačních metod mluvíme také o důležitosti **facilitace** (podpory) správných pohybových vzorů, poloh, pohybů, která je vždy spojena s **inhibicí** (útlumem) vzorů, poloh a pohybů nežádoucích (Jankovský, 2001, Opatřilová, 2005).

Mezi nejčastěji využívané rehabilitační metody patří:

Vojtova metoda reflexní lokomoce – základem této metody jsou dva pohybové prvky – **reflexní otáčení** a **reflexní plazení**. Oba pohybové prvky se vybavují za pomoci tzv. spouštěcích zón, což jsou přesně vymezená místa na končetinách a na trupu. „*Podrážděním, tlakem nebo tahem dítě fixované v určité definované poloze reflexně provede fyziologický pohyb, kterému se klade odpor.*“ (Opatřilová, 2005, str. 88) Naprosto zásadní význam má tato metoda u dětí s DMO, ale také i u dalších hybných poruch. Provádějí ji zkušení odborníci (fyzioterapeuté) a další proškolené osoby (zejména rodiče dětí).

Koncept manželů Bobathových – jde o souhrnný koncept (fyzioterapie, ergoterapie, logopedie) pro léčebnou péči o děti s mozkovým postižením – zejména s DMO (Vítková, 2006). Využívá se tzv. **inhibičních poloh**, kdy dochází k útlumu patologických pohybových vzorů a pohyb je přitom umožněn jen facilitované části těla. K tomu slouží tzv. **handling** - techniky držení dítěte v různých polohách a zacházení s jeho tělem, a **tapping** - různé formy přerušovaného dotýkání a tlaků (Valenta, Müller, 2007). Důraz je kladen na týmovou spolupráci, předmětem zájmu je kromě hrubé a jemné motoriky také koordinace oko – ruka, sebeobsluha, hra, poruchy percepce a vývoj orálních vzorů (Opatřilová, 2005).

Vojtova metoda reflexní lokomoce a prvky Bobath konceptu jsou základem cvičení dětí s rehabilitačním pracovníkem. Dále je využíváno různých protahovacích cviků, dýchacích cvičení, reflexních masáží či vertikalizace ve speciální vertikalizační bedně.

Pavel, Libor a Filip cvičí každodenně 30 minut (těžké formy DMO), Lenka a Vojtěch pak dvakrát do týdne (u Lenky se Vojtova metoda z důvodu jejího neustálého tělesného neklidu a nekoordinovaných pohybů do rehabilitačního cvičení nezařazuje, aplikovány jsou především různé druhy masáží a protahovací cviky). Při cvičení s Pavlem a Filipem je potřeba kromě rehabilitační pracovnice ještě další osoby, která by pomáhala žáka přidržovat ve správné poloze (Pavel je většího tělesného věku, Filipovy spasmy jsou natolik silné, že ho jedna osoba ve správné reflexní poloze neudrží).

U Pavla, Libora a Filipa je pravidelná rehabilitace se zaměřením na využívání Vojtovy metody reflexní lokomoce velice důležitá, z určitého pohledu i prioritní. Není možné říci, že by se žáci díky cvičení ve svém pohybovém vývoji viditelně zlepšovali, pravidelná stimulace reflexních impulsů, využívání správných reflexních poloh a další cviky a masážní techniky slouží spíše k udržování jejich pohybových možností a dovedností v určitém udržitelném stavu (zamezení kontraktur, dalších tělesných změn, zamezení bolesti atd.).

Důležitou součástí při péči o žáky je správný handling (Bobath koncept) – přenášení dětí, manipulace s nimi. Je nutné zamezit špatnému záklonu hlavy, tahání žáků za ruce, pohyby je důležité provádět pomalu, se zvukovou a zrakovou informací pro dítě apod. Ke zvedání dětí těžších se používá speciální elektrický zvedák

(manipulace s ním je však časově i prostorově náročná, upřednostňuje se tak zvedání dětí ve dvojicích) – zejména u Pavla, v poslední době i u Libora.

Polohování – patří mezi základní rehabilitační techniky u dětí těžce zdravotně postižených, jejímž hlavním cílem je podpora psychomotorického vývoje a odstranění patologických pohybových vzorců. *„Jedná se především o různé preventivní polohy, které zabraňují vzniku kontraktur, deformit a proleženin, dále mají podporovat plicní ventilaci, stimulovat oběhový systém a současně slouží jako podpora dosažené úrovně hybnosti.“* (Opatřilová, 2005). Každá změna pozice znamená pro dítě novou senzomotorickou zkušenost, podporuje aktivitu různých svalových skupin (Sekáčová, Ježek, 2008). Jednotlivé polohy je nutné pravidelně střídat a vhodná pozice musí plně respektovat aktuální pohybovou úroveň žáka (důležité pravidlo při vyučování v rehabilitační třídě).

Přehled pozic při polohování: leh na zádech, na boku, na břiše, polohování v kleku, na čtyřech, v sedu, ve stoji. Dá se využít různých variant (např. využití zvýšených šikmých ploch, bočního polohovadla, podkládání polohovacími hady, klíny, válci), ke stoji je využíván vertikalizační stojan (Sekáčová, Ježek, 2008).

Polohování se děje každodenně, je nezbytnou součástí péče o žáky. Všechny děti kromě Vojtěcha sedí ve speciálních sedačkách (kovová konstrukce + nasazená trupová ortéza vyrobená dětem na míru a podle jejich speciálních potřeb), kde jsou přes hrud' a břicho zafixovány vestičkou zamezující hroucení v sedu a nohy jsou též připevněny ke spodní opěrce. Tato fyziologicky správná poloha je pro děti značně náročná, je proto nutné umožnit během dne časté střídání s dalšími polohami – především s lehem (na zádech, na boku, na břiše, na zvýšené ploše apod.). Při poloze v leže je vždy nutné zamezit především patologickému postavení končetin s vnitřní rotací a umožnit flexi končetin v kyčelním kloubu kvůli prevenci luxace tohoto kloubu (používání klínů, polohovacích hadů, polštářů), důležité je též dbát na polohu hlavy (vhodné podložení) a zamezení vybočení těla do stran. Pavel, Libor a Filip jsou též pravidelně (dvakrát až čtyřikrát do týdne) zafixováni na 20 minut v bočním polohovadle, kde je zajištěna reflexní poloha pro otáčení a plazení.

Polohování vychází také z konceptu bazální stimulace a je možností k procítění vlastního těla, uvědomování si jeho hranic. Při polohování se využívá zejména polohy

„hnízdo“ (ohraničení celého těla dítěte polohovacími hady, dekami nebo polštáři), méně již polohy mumie (především po somatické masáži).

K polohování se využívají též kuličkové vaky, které se po položení žáka vytvářejí podle jeho těla a výborně tak plní funkci ohraničení jeho tělesných hranic (využívání zejména u Lenky, která nevydrží jiný způsob polohování kvůli svým neustálým pohybovým stereotypům).

Míčková facilitace – prostřednictvím masáže míčky (softtenisovými) dochází k reflexnímu působení na vnitřní orgány a tím k celkovému zlepšení zdravotního stavu. Masáž využívá dvou metod pohybu míčku po těle: *koulení* (odvalování míčku prsty, dlaní a zápěstím) a *vytírání* (posouvání míčku drženého v prstech tak, aby se neotáčel). Těmito pohyby dochází k protažení a uvolnění příslušných svalových skupin (Opatřilová, 2005).

Z metody míčkové facilitace, která je primárně určena na podporu léčby alergických, astmatických a průduškových onemocnění, částečně vychází upravená technika *míčkování*, která aplikuje stejný postup pohybu míčku při masáži a stlačování různých akupresurních bodů na těle dítěte. Děti si díky této metodě mohou uvědomovat jednotlivé části těla, využívá se příjemných pocitů vyvolaných při masáži, dále také různých cvičení zaměřených na vědomé uvolnění, harmonizaci dechu a zklidnění (Fajmonová, Chovancová, 2008).

Míčkování se provádí přibližně jedenkrát za 14 dní v rámci celé skupiny dětí a při zachovávání pevných rituálů – stejná reprodukováná hudba, stejná vůně v aromalampě, stejný postup při koulení či stírání míčkem. Tato metoda je pozitivně přijímána všemi žáky. Podobně jako při aplikaci somatické zklidňující masáže je nejviditelnější efekt u Filipa, který je po masáži krásně uvolněný; u Libora je potřeba respektovat jeho značnou aktivitu a chuť vyzkoušet si věci samostatně – při masáži se učí být trpělivý, zároveň je mu dovolováno, aby se mohl do masáže zapojit a některé prvky provádět sám.

Orofaciální regulační terapie Castilla Moralese (ORT) – tato terapie je zaměřena především na zlepšení orientace jazyka v ústech, změnu jeho polohy, podporu činnosti mimických svalů a rtů, pozitivní ovlivnění poruch polykání a příjmu potravy (Valenta, Müller, 2007). Matějíčková (2008) upozorňuje, že vývoj v orofaciální oblasti je úzce

propojen s dalšími složkami senzomotorického vývoje, proto je záběr této terapie rozšířen i na oblasti smyslové stimulace, zlepšení aktivního vzpřímení a pohybu, aktivaci a regulaci základních životních funkcí (dýchání, sání, polykání) apod. Tato metoda je aplikována formou různých tlaků, tahů a vibrací, důležitou součástí je správné polohování a handling.

U dětí s těžkým postižením v rehabilitační třídě se poruchy polykání a příjmu potravy (dysfagie) objevují v hojném množství (zejména u dětí s DMO). Jednotlivé prvky, metody a přístupy ORT by měly být tedy samozřejmou součástí edukačního procesu u těchto žáků (mluví se o **orofaciální stimulaci**). Jde především o různá přípravná cvičení před vlastním příjmem potravy, ale také o důležité zásady při jídle - poloha těla dítěte, hlavy, způsob krmení apod.).

Problémy s kousáním a polykáním potravy mají všichni žáci. Proto se co nejčastěji (nejlépe před jídlem) provádějí přípravná cvičení vycházející z orofaciální regulační terapie – speciální masáž obličeje s využíváním reflexních dotekových bodů na obličeji, masáž dásní a jazyka. V průběhu jídla se dbá na dobrou oporu celého těla (nohou, rukou na stole), na postavení hlavy (nesmí být v přílišném záklonu ani předklonu), ponechání dostatečného časového prostoru (podle potřeb každého žáka), jídlo se při krmení neotírá z brady dětí lžičkou a u žáků se navozuje dýchání nosem. Každé z dětí potřebuje pomoc a podporu v poněkud jiných oblastech, při striktním dodržování všech zmíněných zásad je u nich možné vysledovat zlepšení v průběhu jídla (při kousání, dýchání, práci rtů apod.)

Největší problémy s příjmem potravy má Filip. Jí pouze kašovitou mixovanou stravu, často se zakuckává, někdy se zakousne do lžice (z tohoto důvodu má lžici gumovou), jídlo jazykem vysunuje ven. Celý proces přijímání potravy je pro něj natolik vysilující, že neudrží hlavu ve vzpřímené poloze, musí mu být přidržována. V průběhu jídla se využívá multisenzorické stimulace – při nabírání porce cinkne dospělý lžičkou o talíř, lehce se dotkne Filipovy ruky, ukáže mu lžici před obličejem a až poté mu ji vloží do úst s lehkým přimáčknutím jazyka k dolnímu patru (reflexní podpora polykání). Nesmírně důležité je ponechat Filipovi dostatek času na zpracování každé jednotlivé porce a nekládat mu do úst přílišné množství jídla najednou (krmení je velice časově i energeticky náročné). Při pití se opět využívá reflexního bodu pod bradou u krku. Filip tak dokáže vypít i celý hrnek, což je oproti minulým létům velký pokrok.

Pozn. Všechny záznamy a informace ohledně fungování jednotlivých druhů terapií a dalších podpůrných metod u žáků z Rehabilitační třídy Alžířská jsou uváděny se souhlasem rodičů jednotlivých dětí (jména dětí byla z důvodu ochrany osobních údajů změněna).

4.2 Diskuze

Z popisu různých reakcí žáků na užívání jednotlivých terapeutických prvků a podpůrných metod ve výuce v Rehabilitační třídě Alžířská lze usuzovat na jisté obecnější zákonitosti a jevy mající mezi sebou určitou souvztažnost.

- ✓ *Teze č. 1: Žáci s těžkým kombinovaným postižením vyžadují speciální přístupy a formy podpory v rámci jejich výchovně vzdělávacího procesu.*

Všichni žáci, kteří docházejí do Rehabilitační třídy Alžířská, jsou kvůli jejich postižení natolik omezeni v pohybu, kognitivních schopnostech a dalších oblastech jejich osobnosti (těžké formy DMO, těžké mentální postižení, zrakové vady, autismus, epilepsie a další), že nejsou bez pomoci druhé osoby schopni naplnit ani jejich základní lidské potřeby (nutná částečná či plná dopomoc při jídle, udržování hygieny, umožnění pohybu, ochrany a bezpečí, při komunikaci s okolím). Je více než jisté, že bez uspokojení těchto bazálních potřeb není možné v rozvoji osobnosti dětí postupovat dále a snahy o jejich naplnění jsou prioritním záměrem celého výchovně vzdělávacího procesu v rehabilitační třídě. Ošetrovatelská a základní zdravotnická péče (podávání léků, zásahy při epileptických záchvatech, krmení, přebalování, převlékání, hygiena dětí apod.) jsou důležitou součástí edukace žáků. Rozhodně ne však jedinou – právě využívání speciálních přístupů a metod ve výuce umožňuje naplňování základních potřeb dětí se současnou stimulací jejich vývoje a využitím jejich vrozeného potenciálu. Různé druhy terapií a podpůrných metod pracují s takovými zážitky, zkušenostmi a sférami lidské psychiky, které jsou vlastní všem jedincům a pro jejichž aplikaci není podmínkou aktivita a přímé zapojení klienta. Koncept bazální stimulace staví například na využívání prenatálních zkušeností, které má každý jedinec, i postižením jakkoli omezený. Muzikoterapie zase používá hudby jako informačního či zážitky poskytujícího kanálu vedoucího přímo do hlubších sfér psychiky (vliv hudby je patrný zejména u Lenky, pro kterou je prostředkem ke komunikaci, k poskytnutí tělesných zkušeností, k aktivaci a zároveň ke zklidnění atd.).

Také rehabilitační metody využívající různých konceptů a prvků (především Vojtovy metody reflexní lokomoce) hrají při péči o děti s kombinovaným postižením prioritní roli – zde především v udržení uspokojivé míry pohyblivosti a zamezení bolesti – u Pavla, Libora a Filipa by edukace bez zaměření na pravidelné rehabilitační cvičení byla naprosto nemyslitelná.

Využívání různých podpůrných forem a přístupů je tedy důležitou součástí speciálně pedagogického působení v rámci výchovy a vzdělávání u dětí s kombinovaným postižením – první stanovená teze je potvrzena.

✓ *Teze č. 2: Volba jednotlivých metod a forem podpory je adekvátní individuálním možnostem a potřebám každého žáka.*

Při popisu aplikace vybraných terapií a dalších metod zasazených do edukačního rámce žáků Rehabilitační třídy Alžírská je možné vysledovat rozdílné účinky a reakce u jednotlivých dětí.

Libor je kupříkladu velice aktivní (až hyperaktivní) hoch, který rád manipuluje s předměty, s oblibou zkouší nové věci, chce pracovat sám bez pomoci ostatních. Problém mu naopak dělá udržení soustředěné pozornosti (při čtení z knihy neposlouchá příběh, ale snaží se otáčet stránky), nedokáže se uvolnit a být chvíli bez činnosti. S povděkem tedy přijímá všechny arte- a ergoterapeutické techniky, kde může uplatnit svou tvořivost, při muzikoterapii dává přednost aktivní reprodukci před pasivním poslechem hudby (rád hraje na různé hudební nástroje). Naopak různé relaxační techniky (zejména masáže) jsou pro něj náročné a ke kýženému uvolnění dochází zřídka. Také jeho velký strach ze zvířat mu neumožňuje využívat léčebných účinků pobytu s nimi – hipoterapie i canisterapie se po nějakou dobu účastnil, jeho strach však nezmizel (naopak se zhoršoval), tudíž bylo nutné obě terapie ukončit.

Vojtěch je naopak pasivní typ, všechny druhy masáží a dotekových terapií přijímá s povděkem a k uvolnění dochází vždy. Při technikách a metodách předpokládajících jeho aktivní zapojení však projevuje nelibost (zejména pak při výtvarných a pracovních činnostech). Pavel a Filip přijímají pozitivně většinu podpůrných metod, do činností se zapojují rádi a se zájmem. U Filipa je problém jeho značné omezení v pohybu (je pro něj velice těžké uchopit předmět do ruky a udržet ho – komplikace při všech výtvarných, pracovních a sebeobslužných činnostech). Výrazné léčebné účinky mu

přináší zejména různé dotekové terapie (především somatické masáže, míčkování, vibrační stimulace), u kterých se dokáže uvolnit a relaxovat.

U Lenky je přijímání jednotlivých forem podpory závislé na jejím aktuálním stavu (zdravotním, psychickém, míra únavy). Stává se, že někdy na určité metody péče reaguje nadmíru pozitivně, podruhé pak spíše s nelibostí. Má velice ráda doteky, mazlení, pohupování v náruči, masáže apod., somatickou stimulaci však zejména při únavě a psychické nepohodě výrazně odmítá. Při výtvarných a pracovních činnostech oblibuje mačkání, trhání, patlání, při dalších aktivitách často projevuje nelibost (nedovede nahlédnout určený cíl tvoření, jde jí o uspokojení základních pudů a potřeb). Velice pozitivně reaguje na hudbu, preferuje pasivní poslech před aktivní reprodukcí.

Tyto konkrétní příklady reakcí žáků na uplatňované metody ukazují, jak rozdílné jsou účinky jednotlivých forem podpory na chování, prožívání, fyzickou i psychickou stránku osobností dětí. Je patrné, že všech pět žáků – ač s téměř stejnými diagnózami, které predikují podobné problémy (především Pavel, Libor a Filip – těžké spastické formy DMO) - má své konkrétní potřeby a možnosti. Individualita každého z nich je ovlivňována jejich povahou, temperamentem, předchozími zkušenostmi, závažností postižení (mentálního, tělesného, smyslového), dalšími přidruženými problémy a psychickými zvláštnostmi (alergie, emoční výkyvy, úzkosti), aktuálním zdravotním stavem atd. Aby byl účinek terapií a dalších metod v pravém slova léčebný, je nutné zohlednit všechny tyto aspekty a respektovat individuální odlišnosti a potřeby všech žáků. Teze č. 2 je taktéž prokázána.

✓ *Teze č. 3: Jednotlivé formy podpory a speciální přístupy poskytují žákům potřebné podněty k jejich rozvoji a získání nových zkušeností.*

Tento poslední předpoklad částečně dokládá popis reakcí žáků na uplatňované metody a přístupy (kapitola č. 4.1.1).

Otázkou je, jaká jsou kritéria hodnocení úspěšnosti používání podpůrných metod. Může to být spokojenost žáka, viditelnost pokroků ve vývoji (pohybovém, rozumovém apod.), míra aktivace či naopak uvolnění, dosažení určitých požadovaných reakcí, navázání kontaktu s dítětem atd. V tomto kontextu je potřeba upozornit na důležitost vytyčování si jasných edukačních cílů při využívání podpůrných přístupů. Jednotlivé konkrétní záměry (např. uvolnění cest dýchacích při masáži stimulující dýchání) by

měly vycházet z obecného cíle edukace (v tomto případě především cíl léčebný). Účinky aplikovaných metod je pak možné hodnotit právě pod zorným úhlem těchto vytyčených cílů.

Při sledování reakcí žáků na poskytované formy podpory lze usoudit, že velmi významnou roli hraje muzikoterapie s jejími různými prvky a koncept bazální stimulace – ať už z pohledu jednotlivých samostatných činností (somatická, vibrační a vestibulární stimulace, podněcování zrakových, sluchových, chuťových a dalších smyslů), tak celkového přístupu k dětem v rámci komunikace s nimi. Při těchto podpůrných metodách většinou není potřeba vyvinutí aktivity žáka a nepředpokládají se určité pohybové dovednosti (jako je tomu například při využívání prvků arteterapie a ergoterapie, kde je znát pohybové omezení dětí – zejména u Vojtěcha pak tyto metody nepřinášejí spokojenost a kýžený efekt – i když stanovených cílů může být dosaženo – zejména procvičení jemné motoriky). Také při hipoterapii či vodoléčbě není podmínkou aktivní zapojení žáka, zde však omezení přináší různé zdravotní problémy (alergie) a další faktory (strach, tělesné proporce – ukončení hipoterapie u Pavla).

U všech zmíněných rehabilitačních metod není možné posuzovat úspěšnost mírou spokojenosti žáků a přinášení radostných zážitků. Některé metody mohou být pro děti naopak nepříjemné, někdy možná i bolestivé (Vojtova metoda, orofaciální stimulace, polohování v bočním polohovadle apod.). Vytyčeným edukačním cílem je zde však především rozvoj a zachování určitých pohybových dovedností a schopností (v oblasti jemné a hrubé motoriky, při kousání a polykání), zamezení bolesti a nechtěných tělesných změn (luxace kloubů, proleženiny apod.) v souvztáhnosti se stimulací dalších funkcí (účinek změn poloh na kognitivní dovednosti apod.).

Aplikace jednotlivých forem podpory v rámci edukačního procesu v rehabilitační třídě přináší tedy často zásadní a bazální podněty pro rozvoj osobnosti dětí, slouží k uspokojování jejich základních lidských potřeb, jsou natolik přizpůsobené konkrétním možnostem žáků, že nevyžadují jejich aktivní zapojení a splnění dalších předpokladů. Teze č. 3 je tedy rovněž potvrzena - pouze však v součinnosti s tezí č. 2: využívání forem podpory a speciálních přístupů u žáků s těžkým kombinovaným postižením poskytuje potřebné podněty k jejich rozvoji a aktivaci při respektování jednotlivých možností, potřeb, omezení a specifik vycházejících z individuality každého jednotlivého dítěte.

ZÁVĚR

Problematicke vzdělávání žáků s těžkým kombinovaným postižením je v poslední době věnována stále větší pozornost - nutno říci, že nadmíru zasloužená, vzhledem k tomu, že konce devadesátých let minulého století (spojeno s experimentálním zaváděním rehabilitačních programů do škol v letech 1998 – 2000) byly děti se závažnými formami zdravotního postižení běžně osvobozovány od povinné školní docházky - a tím považovány za neschopné učit se. Velkou změnu přinesl vznik rehabilitačních tříd s Rehabilitačním vzdělávacím programem pomocné školy (legislativně uznán v roce 2003), který umožnil poskytování odborné a systematické péče žákům i s nejtěžšími formami mentálního a dalších přidružených postižení. Praktické zkušenosti, které byly doposud v rámci výchovně vzdělávacího procesu v rehabilitačních třídách získány, ukazují na smysluplnost a důležitost péče o tyto děti, upozorňují však také na mnohá specifika a náročnost edukačních snah vycházejících ze zvláštních potřeb, možností a omezení žáků v různých oblastech.

Záměrem bakalářské práce bylo podat ucelený vhled do problematiky vzdělávání žáků v rehabilitačních třídách se zaměřením na popis a možnosti využití různých speciálních metod a forem podpory při aktivaci dětí a stimulaci jejich vývoje v rámci edukačního procesu. K charakterizování jednotlivých podpůrných forem bylo využito jak teoretického náhledu na tuto problematiku, tak konkrétních příkladů aplikace speciálních metod a přístupů při výuce žáků z Rehabilitační třídy Alžírská na Praze 6. Povšimnutím si reakcí (tělesných, emočních apod.) a vývojových změn žáků při uplatňování jednotlivých metod byla dokázána smysluplnost využívání těchto speciálních forem výuky při respektování individuality každého konkrétního žáka.

Ke zpracování práce byly použity tyto výzkumné metody: obsahová analýza odborné literatury, obsahová analýza dokumentace dětí a školské dokumentace, nestrukturovaný rozhovor a přímé zúčastněné pozorování.

LITERATURA

BARTOŇOVÁ, M., BAZALOVÁ, B., PIPEKOVÁ, J. *Psychopedie*. Brno: Paido, 2007. ISBN 978-80-7315-161-4

Defektologický slovník.. Jinočany: Nakladatelství H&H, 2000. ISBN 80-86022-76-5

ČERNÁ, M. a kol. *Česká psychopedie – speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. Praha: Karolinum, 2008. ISBN 978-80-246-1565-3

FAJMONOVÁ, J., CHOVANCOVÁ, M. *Možnosti využití snoezelenu při práci s žáky v ZŠ speciální*. Praha : IPPP, 2008. ISBN 978-80-86856-39-1

FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1314-4

FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace v ošetrovatelské péči I. Skriptum pro základní kurz Bazální stimulace*. Frýdek-Místek, 2006.

FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace v ošetrovatelské péči II. Skriptum pro nástavbový kurz Bazální stimulace*. Frýdek-Místek, 2008.

HAMADOVÁ, P., KVĚTOŇOVÁ, L., NOVÁKOVÁ, Z. *Oftalmopedie*. Brno: Paido, 2007. ISBN 978-80-7315-159-1

HANÁK, P. a kol., *Diagnostika a edukace dětí a žáků s těžkým zdravotním postižením*. 1. vydání. Praha: IPPP ČR, 2005. ISBN 80-86856-10-0

JANKOVSKÝ, J. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením*. Praha : Triton, 2001. ISBN 80-7254-192-7

KLENKOVÁ, J. *Logopedie*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1110-9

Komplexní péče o žáka s kombinovanou vadou. Sborník příspěvků z konference: ZŠ Zahrádka a Katedra speciální pedagogiky Pedf UK v Praze, 2006.

KRAUS, J. a kol. *Dětská mozková obrna*. Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-1018-8

KVĚTOŇOVÁ-ŠVECOVÁ, L. *Edukace dětí se speciálními potřebami v raném věku*. Brno: Paido, 2004. ISBN 80-7315-063-8

LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. Praha: Grada, 2000. ISBN 80-7169-195-X

LUDÍKOVÁ, L. *Kombinované vady*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2005. ISBN 80-244-1154-7

MATĚJČIKOVÁ, E.: *Možnosti využití orofaciální stimulace při práci s žáky v ZŠ speciální*. Praha: IPPP, 2008. ISBN 978-80-86856-38-4

Možnosti využití alternativních forem výuky v práci se žáky s více vadami. Soubor pracovních materiálů ke vzdělávacímu kurzu. IPPP a ZŠ speciální a MŠ speciální Nový Jičín, 2008.

NIELSENOVÁ, L.: *Učení zrakově postižených dětí v raném věku*. Praha: ISV nakladatelství, 1998. ISBN 80-85866-26-9

OPATŘILOVÁ, D. *Metody práce u jedinců s těžkým postižením a více vadami*. Brno: Masarykova univerzita, 2005. ISBN 80-210-3819-5

OPATŘILOVÁ, D., ZÁMEČNÍKOVÁ, D. *Možnosti speciálně pedagogické podpory u osob s hybným postižením*. Brno: Masarykova univerzita, 2008. ISBN 978-80-210-4575-0

OPATŘILOVÁ, D., ZÁMEČNÍKOVÁ, D. *Somatopedie*. 1. vydání. Brno: Paido, 2007. ISBN 978-80-7315-137-9

PÁTÁ, P. K. *Mé dítě má autismus*. 1. vydání. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2185-9

PIPEKOVÁ, J. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 1998. ISBN 80-85931-65-6

PIPEKOVÁ, J. (ed.) *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 2006. ISBN 80-7315-120-0

PIPEKOVÁ, J., VÍTKOVÁ, M. *Terapie ve speciálně pedagogické péči*. Brno: Paido, 2001, ISBN 80-7315-010-7

PROCHÁZKA T.: *Setkání s muzikoterapií*. Brožura k semináři: ZŠ Zahradka: Praha, 2009

- PRŮCHA, J., WALTEROVÁ., MAREŠ, J. *Pedagogický slovník*. Praha: Portál, 2009
ISBN 978-80-7367-647-6
- RENOTIÉROVÁ, M. *Somatopedické minimum*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2002.
ISBN 80-244-0532-6
- RENOTIÉROVÁ, M., LUDÍKOVÁ, L. a kol. *Speciální pedagogika*. Olomouc:
Univerzita Palackého, 2004. ISBN 80-244-0873-2.
- SEKÁČOVÁ, G., JEŽEK, D.: Možnosti podpory pohybového vývoje při práci s žáky
v ZŠ speciální. Praha: IPPP, 2008. ISBN 978-80-86856-51-3
- SLOWÍK, J.: *Speciální pedagogika*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1733-3
- ŠAROUNOVÁ, J. *Možnosti využití augmentativní a alternativní komunikace při práci
s žáky v ZŠ speciální*. Praha: IPPP ČR, 2008. ISBN 978-80-868560-52-0
- ŠICKOVÁ-FABRICI, J. *Základy arteterapie*. Praha: Portál, 2008, ISBN 978-80-7367-
408-3
- ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. Praha : Portál, 2006. ISBN 80-7367-060-7
- TEPLÁ, M. *Náměty pro vzdělávání žáků s těžkým mentálním postižením*. Praha: Tech-
market, 2001. ISBN 80-86114-39-02
- THOROVÁ, K. *Poruchy autistického spektra*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-091-
7
- THOROVÁ, K. *Poruchy autistického spektra. Včasná diagnóza branou k účinné
pomoci*. Informační příručka. Praha: APLA, 2007
- VALENTA, M., MÜLLER, O. *Psychopedie*. Praha: PARTA, 2007. ISBN 978-80-7320-
099-2
- VÍTKOVÁ, M. (ed.) *Integrativní speciální pedagogika – integrace školní a sociální*.
Brno: Paido, 2004. ISBN 80-7315-071-9
- VÍTKOVÁ, M. *Podpora vzdělávání dětí a žáků s těžkým zdravotním postižením I. –
Základní informace, Speciálně pedagogická diagnostika*. Praha : IPPP, 2001
- VÍTKOVÁ, M. *Podpora vzdělávání dětí a žáků s těžkým zdravotním postižením II. –
Metoda bazální stimulace*. Praha : IPPP, 2001
- VÍTKOVÁ, M. *Somatopedické aspekty*. Brno: Paido, 2006. ISBN 80-7315-134-0

VOTAVA, J. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. Praha: UK, 2003.
ISBN 80-246-0708-5

Internetové zdroje:

Hiporehabilitace [online]. Dostupný z www:

<http://www.jezdectvo.cz/hiporehabilitace.php>, [cit. 2010-03-16]

Informace o Rehabilitačních a autistických třídách Alžírská [online]. Dostupný z www:

<http://strom.kbx.cz/Tridy-Alzirska/?c=Nastenka>, [cit. 2010-03-28]

Listina základních práv a svobod [online]. Dostupný z www:

<http://www.psp.cz/docs/laws/listina.html>, [cit. 2010-03-16]

Rámcový vzdělávací program obor vzdělání základní škola speciální [online]. Dostupný z www:

http://www.vuppraha.cz/wp-content/uploads/2009/12/RVP-ZSS_kor-final.pdf, [cit. 2010-03-15]

Rehabilitační vzdělávací program pomocné školy [online]. Dostupný z www:

<http://www.vuppraha.cz/wp-content/uploads/2009/12/Rehabilit.program.pdf>, [cit. 2010-03-12]

Úmluva o právech dítěte [online] Dostupný z www:

http://www.detskaprava.cz/rodic/opravech_publicace.asp, [cit. 2010-04-03]

Vojtova metoda [online]. Dostupný z www:

<http://studio-balance.cz/clanky/>, [cit. 2010-04-11]

Vyhláška MŠMT ČR č. 72/2005 Sb. o poskytování poradenských služeb ve školách školských zařízeních. [online]. Dostupný z www:

<http://www.msmt.cz/dokumenty/vyhlasaka-c-72-2005-sb-1>, [cit. 2010-03-12]

Vyhláška č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných. [online]. Dostupný z www:

<http://www.msmt.cz/dokumenty/vyhlasaka-c-73-2005-sb-1>, [cit. 2010-03-12]

Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon). [online]. Dostupný z www:

<http://www.msmt.cz/dokumenty/skolsky-zakon>, [cit. 2010-03-12]

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Ukázka školního vzdělávacího programu

Příloha č. 2: Fotodokumentace prostor Rehabilitační třídy Alžírská

Příloha č. 3: Fotodokumentace výchovně vzdělávacích činností žáků Rehabilitační třídy Alžírská a některých speciálních pomůcek využívaných při výuce

Školní vzdělávací program pro rehabilitační třídy

1. Člověk a komunikace

1.1 Rozumová výchova

1.1.1 Rozvíjení poznávacích schopností

- a) reakce na podněty (zrakové, sluchové, hmatové, čichové, chuťové)
- b) reakce na oslovení, znát své jméno
- c) znát členy své rodiny
- d) poznat své spolužáky a učitele
- e) pojmenovat části svého těla
- f) orientovat se v denním časovém rozvrhu, v prostoru třídy, v budově školy
- g) rozlišování: kluk x holka
- h) rozlišování protikladů: velký x malý
dlouhý x krátký
těžký x lehký
prázdný x plný
horký x studený
- i) třídění předmětů podle různých kritérií (ovoce, zelenina, potraviny, oblečení, dopravní prostředky, barvy)
- j) poznávání zvířat a jejich mláďat
- k) poznávání předmětů denní potřeby
- l) poznávání a rozlišování obrázků, piktogramů
- m) sociální čtení

1.1.2 Rozvíjení logického myšlení a paměti

- a) koncentrovat se na určitou činnost (sledování krátkého vyprávění, poslech hudby, prohlížení fotografií na počítači)
- b) odpoutání se od stereotypních činností, ulpívavého myšlení
- c) rozvíjení volných vlastností (zejména vytrvalosti, učení se čekat)
- d) manipulační činnost doprovázená pojmenováním, komentářem
- e) rozlišování velikostí a tvarů předmětů
- f) přiřazování stejných obrázků (stejný x stejný, stejný x jiný)
- g) správné seřazení jednoduchých dějových obrázků
- h) prohlížení knih s velkými obrázky (zapamatování si děje, učení se orientaci na stránce, směru zleva doprava)
- i) základní orientace v čase (bylo, bude, včera, dnes, zítra, ráno, v poledne, večer, v noci, roční období)
- j) nácvik čtení – globální metoda, sociální čtení, piktogramy, říkanky
- k) zobecňování (jablka, hrušky = ovoce), konkretizace (ovoce = jablka, hrušky)
- l) abstrakce (barva, počet, negace, příčinné souvislosti)
- m) vytváření asociací (slovo = osoba, věc, činnost)
- n) vytváření představ počtu – hmatem, zrakem, verbálně

- o) vytváření a chápání kvantitativních vztahů (všechno, nic, mnoho, málo)
- p) posloupnost čísel, přiřazování číslic, hra na obchod

1.1.3 Rozvíjení grafických schopností

- a) uvolňování paže, lokte, zápěstí, dlani, prstů
- b) cvičení úchopu, podávání, držení předmětu
- c) uchopování předmětů do celé ruky, do špetky, do dvou prstů
- d) hmatová stimulace – přírodniny, protahování korálek dlani, navlékání, vhažování
- e) nácvik ukazování - kreslení ukazovákem (do písku, krupice, rýže), ukazování v knížce
- f) malování houbou, velkým kulatým štětcem, úchop tužky . . .
- g) grafomotorická cvičení – čmárání, nácvik vodorovných a svislých čar, horního a dolního oblouku, kruhu, odstředivé čáry (sluníčko), dostředivé čáry . . .
- h) seznámení s pojmem písmeno, první písmeno jména, pokus o psaní hůlkovým písmem, rovnání písmen do řádků (písmena z látky, z perníku . .)

1.2 Řečová výchova

- a) reakce na hlas osoby
- b) orofaciální stimulace (využití konceptu bazální stimulace, rozvoj motoriky mluvidel – vysunování a zasunování jazyka, zavírání a otvírání úst, polykání)
- c) dechová cvičení (nácvik správného dýchání), foukání
- d) vyjadřování souhlasných a nesouhlasných reakcí (neverbální i verbální projev)
- e) podpora porozumění řeči
- f) využívání alternativních forem komunikace (piktogramy, jazykový program Makaton, práce s hlasovým komunikátorem)
- g) základní komunikační dovednosti (pozdrav, poděkování, prosba, učít se vyjádřit svá přání, potřeby)
- h) rozlišování a nápodoba zvuků (zvířata, dopravní prostředky. . .)
- i) ovládání síly hlasu
- j) snaha o soustředěné naslouchání a porozumění slovům a jednoduchým větám
- k) spontánní a jednoduché tematické rozhovory
- l) počítačové programy zaměřené na rozvoj komunikace

2. Člověk a jeho svět

2.1 Rozvíjení zrakového vnímání

- a) rozeznání světla a tmy (počítačový program „Pasivní sledování“, světelné hračky, pozorování pohybu světla, nasvětlování předmětů)
- b) „Little Room“, „Snoezellen“ – využití prvků zrakové, hmatové a sluchové stimulace
- c) fixace zraku
- d) cvičení očních pohybů – sledování pohybujícího se předmětu a osob v blízkém okolí
- e) podpora očního kontaktu
- f) koordinace oko ruka - uchopování viděných předmětů a manipulace s nimi (využití sklopných desek, barevně výrazných a ozvučených předmětů)
- g) sebezpozorování v zrcadle
- h) identifikace podle fotografií
- i) třídění materiálů, předmětů (podle barvy, velikosti, tvaru, stejný x stejný)

2.2 Rozvíjení sluchového vnímání

- a) reakce na sluchový podnět
- b) sluchová cvičení s využitím zraku (zvonek, bubínek, mačkání papíru, klíče)
- c) sluchová cvičení bez využití zraku (telefon, cinkání lžičky v hmečku, tleskání, klepání, pískání)
- d) poznávání hudebních nástrojů podle zvuku
- e) reakce na vlastní jméno
- f) rozlišování a určování zvuků podle směru, délky a intenzity (tichý x hlasitý, zblízka x daleka, krátký x dlouhý)
- g) soustředění na poslech pohádek, písniček, relaxace
- h) sluchově motorická cvičení (písňe a říkanky s ukazováním, pohybem)
- i) rozlišit zvuky spojené s denním životem (cinkání lžící o talíř, rozlišování zvuků na ulici, v přírodě)
- j) tolerance nepříjemných zvuků

2.3 Rozvíjení hmatového vnímání

- a) doteková terapie (bazální stimulace)
- b) manipulace s předměty (s využitím a bez využití zraku) – nácvik úchopu
- c) rozlišování vlastností předmětů (teplé x studené, suché x mokré, hladké x drsné, těžké x lehké)
- d) poznávání předmětů hmatem s využitím a bez využití zraku
- e) hlazení jemných látek (samet, plyš, kožešina), navozování příjemných pocitů
- f) hry s vodou – teplá x studená, nabírání, přelévání
- g) hry s bublinami – vytváření pěny, chytání
- h) třídění předmětů podle tvaru, velikosti, povrchu

2.4 Prostorová a směrová orientace

- a) vnímání prostoru
- b) orientace ve třídě (okna, dveře. . .)
- c) orientace v budově školy a v nejbližším okolí
- d) orientace v prostoru (nahore, dole, vpředu, vzadu, nad, pod, na, ve, do)
- e) plnění jednoduchých příkazů (dej na stůl, pod stůl, do krabice, . . .)

2.5 Rozvíjení čichového a chut'ového vnímání

- a) rozvíjení čichové percepce – nádech nosem, výdech ústy
- b) poznávání předmětů čichem podle vůně
- c) rozlišování chutí potravin, ovoce, zeleniny, nápojů (slané, sladké, kyselé, hořké. . .)
- d) nácvik správného kousání a polykání (viz orofaciální stimulace)
- e) cvičení sání, sání brčkem z umělé hmoty
- f) lízání medu, čokolády, lízátko

3. Umění a kultura

3.1 Hudební výchova

- a) poslech relaxační hudby, krátkých skladeb různého charakteru
- b) nácvik rytmizace, práce s jednoduchými hudebními nástrojky a dalšími dostupnými předměty (vařečky, misky, pokličky)
- c) rozlišování zvuků hudebních nástrojů (s využitím a bez využití zraku)
- d) hra na tělo (tleskání, dupání)
- e) nácvik správného dýchání

3.2 Výtvarná výchova

- a) práce s pískem (sypaní, hrabání, vybírání, malování do písku, přesypání), kostkami, stavebnicemi
- b) modelování (zpracování hmoty oběma rukama, trhání, vykrajování, tvarování, válení)
- c) práce s barvami (hra s prstovými barvami, muzikomalba, zapouštění barvy, tématická malba, tiskání)
- d) práce s papírem (mačkání, trhání, lepení, stříhání, přehýbání, házení)
- e) práce s textilními materiály (koláž, nalepování látky)
- f) práce s přírodními materiály (třídění, vkládání, navlékání, obtiskování, trhání listů, figurky z přírodnin)
- g) spontánní tvorba, rozvoj fantazie

4. Člověk a zdraví

4.1 Pohybová výchova

- a) bazální stimulace (polohování, vestibulární stimulace, vibrační masáže, využití pomůcek - trampolíny)
- b) cviky na protažení, uvolnění celého těla
- c) tahání a houpání na dekách, v houpačce
- d) cvičení na balančních míčích
- e) házení na cíl, prolézání, podlézání, kutálení
- f) rozvíjení hybnosti – lezení a plazení daným směrem, volně v prostoru
- g) využívání pomůcek při pohybu (jezdítko, chodítko)
- h) rozvíjení jemné motoriky

4.2 Zdravotní tělesná výchova

- a) polohování, využití kompenzačních pomůcek
- b) stimulace v kuličkovém bazénu

4.3 Rehabilitační tělesná výchova

- a) vertikalizace
- b) individuální fyzioterapie
- c) vodoléčba
- d) hipoterapie
- e) canisterapie

5. Člověk a svět práce

5.1 Pracovní výchova

5.1.1 Sebeobsluha

- a) hygienické návyky (návěk použití WC, mytí a utírání rukou, čištění zubů, použití kapesníku)
- b) návěk svlékání a oblékání oděvu (rozepínání a zapínání zipů. . .)
- c) stolování (správné sezení u jídla, návěk žvýkání, polykání, používání lžice, ubrousku, pití z hmečku, utírání podložky)

5.1.2 Práce s drobným materiálem

- a) hmatová stimulace za použití různých materiálů (viz výtvarná výchova)

5.1.3 Práce montážní a demontážní

- a) hra s kostkami
- b) hra se stavebnicemi (plošné, prostorové, konstrukční)
- c) vkládačky, puzzle
- d) návěk volné hry

5.1.4 Pěstelské práce

- a) pozorování přírody v jednotlivých ročních obdobích
- b) péče o pokojové rostliny
- c) pěstování ovoce a zeleniny na školním pozemku (ve třídě v květníku)

5.1.5 Práce v domácnosti

- a) základní úklid (mytí a utírání nádobí, úklid stolu a pracovního místa)
- b) nákup a ukládání základních potravin
- c) spolupráce při přípravě jídla (krájení, míchání, strouhání, mazání, nalévání..)
- d) dodržování zásad hygieny a bezpečnosti při práci

Příloha č. 2



Foto č. 1: Budova školy



Foto č. 2: Rehabilitační třída



Foto č. 3: Rehabilitační třída



Foto č. 4: Individuální učebna



Foto č. 5: Herna



Foto č. 6: Rehabilitační místnost



Foto č. 7: Vířivá koupel



Foto č. 8: Hipoterapie



Foto č. 9: Ergoterapie - nácvik cílených pohybů



Foto č. 10: Ovládání dotekového spínače při práci s počítačem



Foto č. 11: Návík pracovních dovedností - vaření



Foto č. 12: Vaření – hnětení těsta



Foto č. 13: Arteterapie v rámci výtvarné výchovy



Foto č. 14: Samostatná tvorba



Foto č. 15: Společná aktivní muzikoterapie I



Foto č. 16: Společná aktivní muzikoterapie II



Foto č. 17: Bazální stimulace - somatická masáž zklidňující



Foto č. 18: Vibrační stimulace kloubů



Foto č. 19: Vestibulární stimulace – jízda na speciálním skateboardu



Foto č. 20: Vestibulární stimulace – tahání v dece



Foto č.21: Cvičení s rehabilitačním pracovníkem



Foto č. 22: Polohování v bočním polohovadle



Foto č. 23: Polohování ve stoji



Foto č. 24: Polohování na zádech



Foto č. 25: Polohování – zvýšený leh



Foto č. 26: Sed ve speciálně upravené sedačce



Foto č. 27: Nástavec na záchod



Foto č. 28: Talíř se zvýšeným okrajem a speciální příbory